



**CATARINA  
AUGUSTA CUNHA  
NABAIS DURÃO**

**INTERVENÇÃO EM DEPENDÊNCIAS – UM NOVO  
DESAFIO**





**CATARINA  
AUGUSTA CUNHA  
NABAIS DURÃO**

**INTERVENÇÃO EM DEPENDÊNCIAS – UM NOVO  
DESAFIO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Luís Rocha Pinto, Professora Associada do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro e da Professora Doutora Maria Cristina do Nascimento Sousa Gomes, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro.



## **o júri**

presidente

Professor Doutor Filipe José Casal Teles Nunes  
professor auxiliar convidado, Universidade de Aveiro

vogal-arguente principal

Professor Doutor Luís Miguel Domingues Fernandes Ferreira  
professor auxiliar, Universidade de Aveiro

vogal-orientador

Professora Doutora. Maria Luís Rocha Pinto  
professora associada, Universidade de Aveiro



## **agradecimentos**

Pretendo agradecer a todos os que tornaram possível a realização deste trabalho.

Às Orientadoras Professora Doutora Maria Luís Rocha Pinto e Professora Doutora Maria Cristina do Nascimento Sousa Gomes pela orientação e acompanhamento.

Aos colegas que participaram neste estudo pela disponibilidade e contributos.

Aos amigos pela compreensão e incentivo.

À Patrícia Monteiro pelo encorajamento, ânimo e pela escuta ativa.

À Família pela paciência e estímulo.





## **palavras-chave**

problemas ligados ao álcool, drogas, intervenção, dependências, comportamentos aditivos

## **resumo**

Este trabalho pretendeu perceber quais as implicações da integração da resposta dos problemas ligados ao álcool no Instituto da Droga e da Toxicodependência, em particular na intervenção das equipas das Unidades de Intervenção Local.

A primeira parte da dissertação apresenta uma síntese da revisão da literatura e da legislação publicada. Aborda a evolução do modelo português na área das dependências, incluindo o álcool, do pós 25 de abril de 1974 até à criação do IDT,IP - Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público. É feita a caracterização da estrutura organizacional do IDT, IP, resultante da implementação das medidas do PRACE- Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado.

O estudo empírico foi desenvolvido na Delegação Regional do Centro e nas suas Unidades de Intervenção Local. Foram realizadas entrevistas aos Diretores das UIL e ao Delegado Regional do Centro. Recorreu-se à análise de conteúdo para tratar a informação recolhida.

Constata-se que esta é uma área em constante mudança. Apesar das sucessivas alterações, tem conseguido, até ao momento, cumprir o seu desígnio – minorar os efeitos causados pela relação que os cidadãos, eventualmente, estabelecem com os diferentes agentes causadores de dependência, centrando a sua ação na pessoa.

Do ponto de vista da legislação e do ponto de vista técnico-normativo, estão traçadas as linhas orientadoras, os objetivos e as metas. Perante este cenário, afigura-se um novo desafio para os interventores nesta área. Desafio individual, enquanto técnicos, e desafio institucional, visto que estamos perante mais uma reestruturação dos serviços públicos que dão resposta a esta área.



**keywords**

alcohol related problems, drugs, intervention, addiction, addictive behaviors

**abstract**

This study intends to understand which were the implications of the integration of alcohol-related problems in the work of the Institute for Drugs and Drug Addiction, in particular in its Local Intervention Units. The first part of the dissertation presents a synthesis of the literature and published legislation. Discusses the evolution of the Portuguese model in the area of addictions, including alcohol, post April 25, 1974 until the creation of IDT, IP - Institute for Drugs and Drug Addiction, Public Institute. It is presented a characterization of the organizational structure of IDT, IP., resulting from the implementation of the measures of the PRACE - Restructuring Programme for the State's Central Administration. The empirical study was conducted at the Centre Regional Delegation and in its Local Intervention Units. Interviews were conducted with directors of UIL and the Centre Regional Delegation. We used the content analysis to analyze the information collected. It is noted that this is an area of constant change. Despite successive amendments, this area has managed, so far, to fulfill its purpose - reduce the impact caused by the relationship that citizens eventually establish with the different agents of addiction, focusing its action in the person. From the legislation point of view and the stand point of technical normative issues, the guidelines are drawn, goals are established and the targets are outlined. Given this scenario, the interveners in this area face a new challenge. An individual challenge and an institutional challenge, since we are going through another reorganization of public services that have responsibilities for designing and implementing the response in this area.



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
<b>I – Estado, Governo, Políticas Públicas .....</b>	<b>16</b>
<b>II. O Modelo Português na Área das Dependências.....</b>	<b>18</b>
<b>II.1 - A problemática da toxicodependência.....</b>	<b>19</b>
<b>II.2 - A problemática dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA) .....</b>	<b>34</b>
<b>III – O Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP .....</b>	<b>39</b>
<b>IV – Intervenção nas Dependências .....</b>	<b>49</b>
<b>IV.1 - Áreas de Missão .....</b>	<b>50</b>
<b>IV.1.1 - Prevenção.....</b>	<b>50</b>
<b>IV.1.2 - Tratamento .....</b>	<b>52</b>
<b>IV.1.3 - Redução de Riscos e Minimização de Danos .....</b>	<b>54</b>
<b>IV.1.4 - Reinserção .....</b>	<b>57</b>
<b>IV.1.5 - Dissuasão.....</b>	<b>58</b>
<b>IV.2 - PORI – Plano Operacional de Respostas Integradas .....</b>	<b>59</b>
<b>V – Enquadramento Atual da Intervenção em Dependências .....</b>	<b>64</b>
<b>ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>68</b>
<b>I – Delimitação, caracterização do estudo e metodologia de análise.....</b>	<b>68</b>
<b>II - A organização subjacente ao objeto de estudo .....</b>	<b>70</b>
<b>III – Entrevista aos dirigentes dos vários níveis da organização.....</b>	<b>78</b>
<b>IV – Instrumento de Análise .....</b>	<b>79</b>
<b>V – Apresentação dos Resultados.....</b>	<b>81</b>
<b>VI – Discussão dos Resultados .....</b>	<b>92</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>102</b>

<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>106</b>
<b>LEGISLAÇÃO .....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>114</b>
<b>Apêndice I .....</b>	<b>115</b>
<b>Apêndice II .....</b>	<b>117</b>
<b>Apêndice III .....</b>	<b>119</b>
<b>Apêndice IV .....</b>	<b>121</b>

## **ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES**

### **QUADROS**

<b>Quadro I – A Estrutura do IDT vs. IDT, I.P. ....</b>	<b>47</b>
<b>Quadro II – Análise categorial das entrevistas .....</b>	<b>93</b>

### **ILUSTRAÇÕES**

<b>Ilustração I - Quadro de Orientação Estratégica do PORI .....</b>	<b>60</b>
<b>Ilustração II - Esquema Operacional do PORI.....</b>	<b>61</b>
<b>Ilustração III - Programa de Respostas Integradas .....</b>	<b>62</b>
<b>Ilustração IV - Constituição do Núcleo Territorial .....</b>	<b>63</b>
<b>Ilustração V - Planeamento do PRI .....</b>	<b>63</b>
<b>Ilustração VI - Estrutura organizacional do IDT, IP .....</b>	<b>72</b>
<b>Ilustração VII - Organização da DRC .....</b>	<b>74</b>
<b>Ilustração VIII - Colaboradores da DRC em 2009.....</b>	<b>75</b>

## **ABREVIATURAS**

CAD - Comportamentos Aditivos e Dependências

CAT - Centros de Apoio a Toxicodependentes

CDT - Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência

CE – Comissão Europeia

CEJ - Centro de Estudos da Juventude

CEPD - Centro de Estudos e Profilaxia da Droga

CICD - Centro de Investigação e Controle da Droga

CICDT - Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência

CIJD - Centro de Investigação Judiciária da Droga

CNCDT - Conselho Nacional de Combate à Droga à Toxicodependência

CRA - Centros Regionais de Alcoologia

CRI - Centros de Respostas Integradas

CT - Comunidades Terapêuticas

CTAI – Comunidade Terapêutica arco-Íris

DRC - Delegação Regional do Centro

EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

ENLCD 1999 - Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga 1999

GCCD - Gabinete Coordenador do Combate à Droga

GPCCD - Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga

IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência

IDT,IP - Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

IPDT – Instituto Português da Droga e da Toxicodependência

NT – Núcleo Territorial

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNCDT 2005-2012 – Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências  
2005-2012

PNRCAD 2013-2020 - Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos  
Aditivos e das Dependências 2013-2020

PNRPLA 2010-2012 - Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012

PORI – Plano Operacional de Respostas Integradas

PRI – Programa de Respostas Integradas

PRACE - Programa de Reorganização da Administração Central do Estado

PREMAC - Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado

RRMD - Redução de Riscos e Minimização de Danos

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SPTT - Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência

UA – Unidades de Alcoologia

UD – Unidade de Desabilitação

UIL - Unidades de Intervenção Local



## INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade existem referências ao uso/abuso de substâncias psicoativas, muitas vezes associados a rituais de celebração e/ou religiosos. As substâncias têm acompanhado a evolução das sociedades.

Como afirma Patrício (2002),

Desde os anos sessenta do século passado, sucessivas gerações têm sido confrontadas com um fenómeno individual e social de busca de prazer (a qualquer preço e sem nexos) ou de alívio de desprazer, concretizado também através de hiperconsumo, consumismo, de substâncias psicoativas, chamadas *droga*. (...) Porque a *droga* continua a inquietar os cidadãos, continua a ser necessário reflectir sobre este assunto, até pelo facto de apresentar formas bastante mutáveis e pelo facto de ninguém poder dar garantias de lhe estar imune. (p.9).

As sociedades ocidentais, paulatinamente, têm dado particular atenção a este fenómeno, alertando para as consequências negativas do seu consumo, invocando os custos pessoais, sociais e também, os custos económicos. Por conseguinte, tem havido uma crescente preocupação, quer da Organização Mundial de Saúde (OMS), quer da Comunidade Europeia, que têm recomendado um conjunto de normativos, por forma a que os Estados se organizem e delineiem práticas e políticas que diminuam os problemas ligados ao consumo destas substâncias e façam prevalecer o direito à saúde e à promoção de estilos de vida saudável.

Importa salientar que estas orientações são técnico-normativas, pelo que os Estados têm o livre arbítrio de se organizarem, mobilizando os seus recursos, no intuito de corresponderem da melhor forma a essas recomendações.

A escolha do tema, “Intervenção em dependências – Um novo Desafio”, decorre de uma reflexão contínua suscitada pela intervenção diária na área.

No decurso dos últimos anos, tem-se vindo a questionar se não será desejável planear e desenhar intervenções tirando o enfoque das substâncias e centrando-o efetivamente nas pessoas, na relação que elas estabelecem com o agente causador de dependência. Mais, a intervenção em dependências vai mais além do que o tratar a doença. A prevenção é mais do que evitar a doença, é mais do

que detetar a doença, é mais do que rastrear a doença. É capacitar e treinar para escolhas, fomentar o espírito crítico, alicerçar a tomada de decisão. A redução de riscos e minimização de danos é fundamental para um vasto número de utilizadores de substâncias e a reinserção capacita o indivíduo de forma a que se reinvente.

As motivações que sustentam a decisão de abordar o tema escolhido decorrem de um interesse pessoal pela função exercida, nomeadamente Diretora de um Centro de Respostas Integradas (CRI) - CRI de Viseu, da relevância do tema para as funções de dirigente da administração pública, num contexto de mudança organizacional e, ainda, dado o facto de estarmos perante o término do Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool (PNRPLA) (2009-2012). Acresce ainda o *timing* em que a mesma ocorre. Ainda não se tinha consolidado o modelo preconizado pelo PRACE - Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado<sup>1</sup>, que implicou uma reestruturação organizacional do Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público (IDT, I.P.) e, concomitantemente, a implementação de uma reorientação estratégica, preconizando uma intervenção integrada sobre o fenómeno do uso/abuso de substâncias psicoativas, quando no fim do ano de 2011 surge mais uma reforma - o PREMAC - Plano de Redução e Melhoria da Administração Central<sup>2</sup>.

Esta dissertação não pretende ser exclusivamente um exercício académico sobre os modelos de intervenção nas dependências, sobre a sua eficácia ou não, nem sobre questões terapêuticas ou afins. Pretendemos deixar uma reflexão sobre o estado da arte até ao momento, equacionando vantagens e desvantagens nos modelos seguidos até aqui e quem sabe, contribuir para uma nova visão para o desenho de um novo modelo de intervenção em dependências, verdadeiramente congregador e holístico, para o qual concorrem as diferentes áreas do

---

<sup>1</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005 de 4 de agosto

<sup>2</sup> Conselho de Ministros de 20 de julho de 2011.

conhecimento, as diferentes áreas de missão – prevenção, tratamento, reinserção, redução de riscos e minimização de danos, de uma forma verdadeiramente interdisciplinar.

Neste estudo, pretendemos analisar as implicações da integração da problemática dos problemas ligados ao álcool no Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), decorrente da implementação do PRACE, em particular nas 9 Unidades de Intervenção Local (UIL) da Delegação Regional do Centro (DRC), nomeadamente os 5 Centros de Respostas Integradas (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria), a Comunidade Terapêutica Arco-Íris, a Unidade de Desabilitação e a Unidade de Alcoologia.

Esta dissertação tem ainda como objetivo geral estudar o impacto da integração das competências dos Centros Regionais de Alcoologia (CRA) no IDT, nomeadamente na resposta aos problemas ligados ao álcool (PLA) das Unidades de Intervenção Local da Delegação Regional do Centro. Concretamente indagar as mudanças organizativas que ocorreram nas diferentes áreas de missão, quais os constrangimentos apontados, quais as vantagens encontradas, quais os obstáculos criados e quais os mecanismos encontrados para solucionar as eventuais dificuldades encontradas. Possui como objetivos específicos enumerar as mudanças organizacionais decorrentes da integração das competências dos CRA no IDT; avaliar, junto dos responsáveis das unidades de intervenção local, quais as implicações da integração do álcool na intervenção do IDT; identificar as mudanças decorrentes da integração das competências dos CRA na intervenção das áreas de missão do IDT,IP. e definir os aspetos a melhorar da intervenção nos problemas ligados ao álcool.

Consideramos como questão de partida para o estudo: Quais as implicações da integração do álcool no Instituto da Droga e da Toxicodependência, em particular na intervenção das equipas das Unidades de Intervenção Local?

Para tal, entendemos formular as seguintes Hipóteses, a saber:

- A integração das competências dos Centros Regionais de Alcoologia no Instituto da Droga e da Toxicodependência favoreceu a resposta em dependências.
- O Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool permitiu a implementação clara de uma rede de referência.
- Apesar de as estruturas organizativas terem sido agregadas, ainda se continua a separar a área da toxicodependência e a área dos problemas ligados ao álcool.

A metodologia utilizada para a realização da dissertação assenta na revisão da literatura, incluindo os diplomas legais relativos às temáticas elencadas, efetuando uma abordagem qualitativa, especificamente, uma análise concreta da realidade das mudanças no âmbito das Unidades de Intervenção Local da Delegação Regional do Centro do IDT, IP. com recurso à entrevista aos Diretores das UIL da DRC e ao Delegado Regional do Centro do IDT, IP, por forma a recolher a sua interpretação sobre a integração do álcool no IDT. Entendemos que estes interlocutores são privilegiados, no processo de mudança em causa e tiveram um papel primordial na gestão deste processo. No âmbito da administração pública, entendemos que os dirigentes intermédios são parte essencial na implementação dos processos de mudança.

Assim, estruturaremos a dissertação em duas partes.

Uma primeira parte em que apresentaremos uma síntese da revisão da literatura e da legislação publicada sobre a evolução do modelo português na área das dependências, incluindo o álcool, no pós 25 de abril de 1974 até à criação do IDT,IP - Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público.

Faremos, ainda, a caracterização da estrutura organizacional do IDT, IP, resultante da implementação das medidas do PRACE- Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado, e do seu modelo de intervenção, com particular enfoque na Delegação Regional do Centro do IDT, IP e das suas Unidades de Intervenção Local.

Seguidamente, apresentaremos o estudo empírico onde faremos a delimitação e a sua caracterização, elencando a metodologia de análise. O período temporal de análise será do final do ano de 2006 e meados do ano de 2011. Esta segunda parte, focará a análise e discussão dos dados recolhidos e serão apresentadas as considerações finais.



## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### I – Estado, Governo, Políticas Públicas

Nos conturbados tempos que Portugal está a atravessar, resultantes do programa de ajuda externa, que está em vigor desde o ano de 2011, no sentido de equilibrar as suas contas públicas e gerir a dívida soberana, e em que assistimos a um debate aceso entre os diversos atores da sociedade, sobre a eventual necessidade de “refundar” o Estado Social Português, torna-se desafiante redigir uma dissertação sobre a forma como o Estado se tem organizado, por forma a dar resposta ou respostas a uma das muitas problemáticas da área da saúde - as dependências.

Antes de entrarmos propriamente na questão, entendemos ser pertinente e oportuno apresentar uma breve definição de Estado, de Governo, de Estado Social, de Políticas Públicas, de Política da Droga ou *Drug Policy* e de Política do Álcool.

Assim, e de acordo com Giddens (2001), considera-se a existência de um estado quando “(...) há um aparelho político de governo (instituições como um parlamento ou congresso, mais funcionários públicos), que governa um território, cuja autoridade é apoiada por um sistema legal e pela capacidade de usar a força militar para implementar as suas políticas.”. (p.425).

No que respeita ao conceito de governo, o mesmo autor, refere que

Por governo entende-se as determinações regulares de políticas, decisões e assuntos de Estado pelas entidades oficiais no âmbito do aparelho político. A política diz respeito aos meios pelos quais o poder é usado para influenciar as intenções e o conteúdo das actividades governamentais. (Giddens, 2001, p.424).

Relativamente à definição de Estado Social, tende-se a concordar com a definição apresentada por Silva (2013)

Um povo torna-se uma comunidade política no sentido moderno do termo - i.e. - autónoma, democrática, igualitária - na medida em que as relações entre os seus membros e entre estes e o Estado se pautam por um regime de direitos constitucionalmente consagrados. (...) os direitos sociais contribuem para nos constituir enquanto cidadãos na medida em que dão origem a, ou ganham

expressão através de, instituições como um Serviço Nacional de Saúde (SNS), um sistema de segurança social, ou um sistema nacional de educação. A este arranjo institucional chamamos “Estado - Providência” ou “Estado Social”. (...) O Estado-Providência consiste na realização concreta entre nós, através de leis e subsequentemente por intermédio de medidas políticas, deste conjunto de instituições que visam cumprir certas funções sociais de assistência em geral a todos os portugueses, e em particular aos mais pobres e vulneráveis na eventualidade de uma doença, de ficarem desempregados, ou quando se reformam. (p.12).

Entendemos oportuno referir agora o que se entende por políticas públicas. Sendo certo que, após alguma revisão da literatura e de acordo com Souza (2006) “Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública.”(p 24). O referido autor sintetiza alguns dos teóricos relativamente a esta temática,

Mead (1995) define-a como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. (p.24).

No intuito de delimitar e balizar a abrangente designação de “política da droga”, entendemos pertinente, dado o tema da dissertação, apresentar uma definição consensual do termo, que tem a sua origem no inglês *Drug Policy*, por forma a que se compreenda que quando nos referimos a política pública na área das drogas nos reportamos à definição plasmada no *Drug Policy Profiles Portugal* (2011), do European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) adaptada de Kilpatrick (2000), que a considera “*A system of laws, regulatory measures, courses of action and funding priorities concerning (illicit) psychoactive drugs and promulgated by a governmental entity or its representatives*”. (p.7)

Entende-se por política do álcool, e como refere Barbor & Caetano (2005) citado por Balsa (2011) “como quaisquer esforços ou decisões de autoridade por parte dos governos ou de grupos não-governamentais para minimizar ou prevenir problemas relacionados com o álcool.”. (p.30)



Laranjeira & Romano (2004) classificam as políticas do álcool em dois tipos - as alocatórias e as regulatórias – consoante a natureza ou os objetivos. As políticas alocatórias recorrem a um grupo com vista à prevenção e tratamento, com o intuito de alcançar objetivos que visem o interesse público. São referidos alguns exemplos, entre os quais, campanhas educativas e a disponibilização de tratamento para alcoólicos. A segunda tipologia de políticas, as regulatórias, pretende, essencialmente, ter uma influência sobre os indivíduos, nomeadamente na forma como decidem e se comportam. Estas políticas são implementadas através de ações mais diretas, fornecendo-nos alguns exemplos como leis e normas relativamente ao álcool (preço, idade mínima, disponibilidade).

## **II. O Modelo Português na Área das Dependências**

Para compreendermos o modelo português na área das dependências, é necessário apreciarmos a evolução deste modelo ao longo do tempo. Apresentaremos um descritivo de como o Estado, no intuito de cumprir as suas obrigações, foi consagrando a construção de respostas em função das necessidades emergentes, sendo criados diversos organismos, com missões diferenciadas, mas preconizando os objetivos consagrados no artigo 64<sup>º</sup> - Direito à saúde - da Constituição da República Portuguesa.

Concordando com o referido por Goulão (2007),

consideramos fundamental que os decisores políticos assumam a importância de encorajar a realização de medidas de racionalização dos seus processos de decisão. É nesta perspectiva que a valorização da produção científica se torna numa realidade tão necessária à definição de medidas mais rigorosas e eficazes. É fundamental, com base na evidência científica, criar respostas políticas eficientes a nível local, nacional e transnacional que permitam assegurar uma coordenação e cooperação global, interinstitucional e comunitária orientada para um problema de dimensão oceânica como é o do mundo da droga. (p.8).

Esta descrição permitirá apreciar a forma como as respostas à problemática da toxicodependência e aos problemas ligados ao álcool se foram organizando, seguindo caminhos paralelos, até ao momento em que se agregam as respostas num único instituto público - O Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP.

## **II.1 - A problemática da toxicodependência**

O problema das drogas, a nível mundial, só começou a ser alvo de preocupação no início do século XX, mais precisamente com a aprovação da Convenção Internacional do Ópio que decorreu em Haia em 23 de janeiro de 1912, e que fundamentalmente pretendia regular a produção e o comércio da morfina, da heroína e da cocaína. A execução das medidas preconizadas nesta convenção foi prejudicada devido à I Guerra Mundial, entrando em vigor no ano de 1921. Em Portugal, só no ano de 1924 é que encontramos registo das primeiras leis relativas a este fenómeno, a Lei n.º 1687 e o Decreto-Lei n.º 10375, ambos de 9 de dezembro.

No ano de 1926, através da publicação do Decreto-Lei n.º 12210, de 24 de agosto, são transpostas para o direito interno português as recomendações internacionais da convenção Internacional de Haia.

A primeira referência que encontramos relativa ao tratamento das toxicomanias é na Lei n.º 2118, de 3 de abril do ano de 1963, a Lei da saúde mental, onde consta, aliás, uma referência ao tratamento das toxicomanias, sem no entanto haver uma estrutura que realizasse esse tratamento, nomeadamente na Base XIV, “alínea f) estabelecimentos de tratamento e recuperação de alcoólicos e outros toxicómanos.”.

Durante o período do Estado Novo, e dado o isolamento a que estávamos votados, não tínhamos problemas relevantes no que toca às substâncias ilícitas e parecia que estávamos razoavelmente imunes ao fenómeno, sendo certo que foi sentida a necessidade de promover a célebre campanha “Drogas, Loucura, Morte”, junto do exército colonial, e que, como refere Poiares (1998) citado por Dias (2007) “(...) traduziu-se na afixação de cartazes de parede em Lisboa e noutros lugares, onde se exibia uma caveira desenhada sobre fundo preto e salpicado das iniciais LSD.” (p.34).

Ainda sobre este tópico, Poiares (1998) citado por Dias (2007) entende que

ao longo dos anos sessenta e setenta a mobilização para terras de África de grande parte da juventude constituiu causa da iniciação de muitos no mundo dos estupefacientes, o que foi proporcionado quer pelo ambiente e costumes em que

se introduziram, quer pelas condições psicológicas típicas do estado de guerra. (p. 21).

Durante a década de 70, de acordo com Dias (2007), Portugal assume uma perspetiva criminalizadora do consumo de drogas, que se consubstancia com a aprovação do Decreto-Lei nº420/70 de 3 de setembro, sob a égide do então Ministro da Justiça, Almeida Costa. Da análise do preâmbulo deste Decreto-Lei, é possível perceber as motivações que levaram o Estado a ter necessidade de produzir mecanismos jurídico-legais para fazer face à dimensão da problemática.

O consumo de substâncias estupefacientes e em geral de drogas susceptíveis de provocar toxicomania assumiu neste século uma extensão e gravidade que o tornaram motivo de especial atenção e cuidado dos Estados e de organizações internacionais. Têm-se na verdade presentes os perigos que aquele consumo comporta para a saúde física e moral dos indivíduos e a sua não rara interpenetração com fenómenos delinquentes. (...) Entre nós, o Decreto nº 12210, de 24 de agosto de 1926, ainda em vigor nesta matéria, encontra-se manifestamente desactualizado. Daí a necessidade de nova disciplina legal, que, embora conforme às realidades do meio, beneficie da experiência estrangeira e acolha as recomendações formuladas por organismos internacionais. O presente diploma propõe-se tais objectivos, na esfera-jurídico-penal.

De salientar, a tendência já na época de, nesta área, procurar reunir informação e “beneficiar” das experiências de organizações internacionais.

De referir, no entanto, que desde 1973 existiam consultas a toxicodependentes no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria e também a problemática foi sendo alvo de debate no fórum político-parlamentar, como referido por Dias (2007).

Em 1973, a temática da juventude *versus* droga constituiu-se como parte integrante dos debates parlamentares. A 11 de Dezembro de 1973, em Sessão Legislativa nº 11, da XI Legislatura, a Deputada Alda de Moura de Almeida, focou os aspectos positivos da juventude, considerando serem *o futuro da pátria, o futuro de Portugal*. Denotou preocupação pela *introdução do vício da droga em Portugal, sendo necessário recorrer à família, à escola e à terapêutica, para que a juventude não se perca e o país não se desfaleça*. (p.38)

Após o 25 de abril de 1974, todo este cenário mudou. A conquista da liberdade, as constantes e rápidas mudanças sociopolíticas vividas na época, a perda do fator protetor do isolamento, despoletou, também, uma crescente curiosidade e súbita experimentação de substâncias que de repente se tornaram disponíveis.

Enquanto sociedade não estávamos, de todo, preparados para precaver a nocividade desses consumos e progressivamente fomos enfrentando um grave problema social e de saúde pública. Em 1975, o VI Governo Provisório de Pinheiro de Azevedo, através do Decreto-Lei nº 745/75 de 31 de dezembro cria, numa perspetiva clínico-policial, o Centro de Estudos da Juventude (CEJ), atribuindo-lhe competências numa vertente preventiva e de tratamento médico-social e, cumulativamente, cria o Centro de Investigação Judiciária da Droga (CIJD), cujas atribuições se centravam na atuação repressiva e fiscalizadora do tráfico ilícito de drogas. (Dias, 2007, p.39)

Em 1976, e dado o crescimento do consumo de liamba em Portugal, promoveu-se uma nova campanha anti-droga - “Flagelo da Liamba” - nos media, para sensibilizar a opinião pública. No decurso do ano de 1976, o CEJ e o CIJD sofrem uma reestruturação. Assim, como referido por Dias (2007) sob a égide do então Ministro da Justiça Almeida Santos, do I Governo Constitucional, o CEJ dá lugar ao CEPD - Centro de Estudos e Profilaxia da Droga, com atribuições no âmbito da prevenção, do tratamento e da inserção social do toxicodependente e o CIJD dá lugar ao CICD - Centro de Investigação e Controle da Droga, com atribuições na repressão do tráfico ilícito de drogas. Surge ainda um terceiro organismo com atribuições de coordenação das atividades do CICD e do CEPD, o GCCD - Gabinete Coordenador do Combate à Droga (Decretos-Lei n.º 790/76, 791/76 e 792/76, de 5 de novembro). Da leitura do preâmbulo do Decreto-Lei n.º 792/76 de 5 de novembro, é bem perceptível a mudança para uma vertente “médico-psico-sociológica da problemática”, por forma a dar resposta ao sentimento da altura do agravamento da situação, e “Tomadas em conta as proporções alarmantes do consumo da droga em Portugal, a especificidade do problema e as dificuldades com que se debatem as instituições de assistência, teve-se por necessária e oportuna a criação de um organismo oficial, especializado, denominado Centro Estudos e Profilaxia da Droga.”. Ao criar este organismo, o Estado, revela a expectativa de que dele “se espera uma contribuição decisiva para a superação da presente quase a passividade em face do drama individual dos consumidores de droga.”. Assume que o uso ilícito de drogas, não deixa de ser um delito, que

acarreta problemas delicados do ponto de vista jurídico, transformando o infrator num doente, pois o consumo “conduz a um enfraquecimento, e até a uma escravização da vontade”. Nesta medida, para além da criação de organismos, deve coexistir uma “cuidada revisão do ilícito penal consistente no consumo de drogas, que melhor caberia no âmbito de um conjunto de normas de mera ordenação social.” É ainda clara, a consciencialização de que as medidas até à época, tinham de certa forma fracassado e de que a abordagem a esta problemática era um “problema de todos”, como podemos verificar no excerto do preâmbulo.

Neste delicado domínio há-de ter-se em conta que a experiência alheia – sem prejuízo do relativo insucesso das medidas até hoje tentadas – e a que nós próprios fomos sedimentando, sempre de um ângulo o mais possível clínico e sociológico. Seja como for, o problema da droga ultrapassará a fase do resignado lamento colectivo a que, até hoje, praticamente se tem confinado. O problema é de todos. E todos, empenhados nisso, havemos de resolvê-lo.

Em 1977 foram criadas as três direções regionais do CEPD.

Em 1982, o GCCD, sofre uma reestruturação e passa a designar-se por Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (GPCCD), plasmada no Decreto-Lei n.º 365/82, de 8 de setembro, sendo-lhe atribuídas competências de planear atividades preventivas e repressivas dirigidas contra o tráfico ilícito de drogas.

No ano de 1983 nasce a nova Lei da Droga, Decreto-Lei n.º 430/83 de 13 de dezembro, proveniente dos Ministérios da Justiça e da Saúde. Este diploma surge da necessidade sentida de fazer convergir o direito português em matérias de droga com as convenções internacionais, que se alicerçavam, por um lado na perspetiva clínica e inserção relativa aos consumidores e, por outro lado, numa perspetiva repressiva relativamente ao tráfico (Dias, 2007). A leitura do preâmbulo do decreto-lei esclarece essa dupla intenção, pois refere que

(...) até ao momento, o nosso país não fez a adaptação sistemática do seu direito interno e de algumas das suas estruturas organizativas de modo a inserir-se, harmónica e eficazmente, na luta que a comunidade internacional vem empreendendo contra o que tem sido um dos flagelos dos nossos dias, o tráfico e consumo de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas.

e ainda, reforça a manutenção da visão do consumidor de droga, numa perspectiva inclusiva e clínica, ao tecer a seguinte consideração entre outras,

Considera-se censurável socialmente o consumo de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas desde logo pela quebra de responsabilidade individual de cada cidadão perante os outros. Tal não significa, todavia, que o toxicodependente não deva ser encarado, em primeira linha, como alguém que necessita de assistência médica e que tudo deve ser feito para o tratar, por sua causa e também pela protecção devida aos restantes cidadãos. Por isso se incita ao tratamento espontâneo ou a partir de familiares, criando condições de não intervenção do aparelho repressivo em tais circunstâncias.

O ano de 1987 é um ano de grandes movimentações no setor público relativamente à área das toxicodependências. Foi aprovado um plano integrado de combate à droga - Resolução do Conselho de Ministros nº 23/87, de 21 de abril - que ia mais além das atribuições do GPDCD, procurando dar resposta à crescente consciencialização dos decisores de que a dimensão da problemática se estava a agravar, sendo disso testemunho o vertido no preâmbulo da resolução, onde se lê que

Ao longo da década, adensou-se a generalizada preocupação perante um flagelo que, entre nós, como na generalidade dos países, tarda em ser vencido e em denotar, sequer, consistentes indícios de retrocesso. (...) Porque assim é, consciente da enorme complexidade do problema, o governo assume o firme propósito de desenvolver um amplo e coerente conjunto de iniciativas, susceptíveis de contribuir para inverter a tendência, estatisticamente comprovada, de progressivo agravamento da situação

Assim, este plano, designado por Projeto Vida, preconizava um conjunto de 30 medidas nos domínios da prevenção, tratamento e inserção social de toxicodependentes, e também no domínio do combate ao tráfico. Reforçava a necessidade de articulação do GPDCD e a Direção-Geral dos Cuidados Primários, por forma a assegurar a prestação de cuidados à população toxicodependente em estruturas do Ministério da Saúde e preconizava a possibilidade de incentivos a entidades privadas que desenvolvessem projetos nesse âmbito. Por outro lado, e perante a procura de tratamento de toxicodependentes, surge a necessidade de criar uma Unidade Terapêutica na cidade de Lisboa, e é criado o Centro das Taipas pelo Ministério da Saúde, com vocação para a recuperação, tratamento e reinserção social de toxicodependentes - Decreto-Lei nº 20-A/87, de 12 de junho.

Mediante a experiência do Centro das Taipas, surgem os Centros de Apoio a Toxicodependentes (CAT) no Porto (Cedofeita) e Algarve, Portaria n.º 74/89 de 2 de fevereiro, na dependência das regiões de saúde do Porto e Faro, respetivamente, com atribuições na área da prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de toxicodependentes.

O aparecimento destas respostas coabita com as estruturas do CEPD e torna-se necessário uma reorganização das mesmas. Assim, e sob a tutela do Ministério da Saúde, à época dirigido pela Ministra Leonor Beleza, é criado o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) - Decreto-Lei n.º 83/90 de 14 de março, sucedendo ao CEPD e com competências nas diferentes áreas: tratamento, reinserção social e prevenção.

No mesmo ano, é reforçado o Projeto VIDA, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 17/90, de 21 de abril, pela necessidade sentida de reforçar as áreas da prevenção primária e do combate ao tráfico. O Projeto VIDA surge como uma estrutura inovadora tanto a nível nacional como a nível europeu, consagrando, pela primeira vez, as figuras de Coordenador Nacional, Conselho Nacional, Comissão Interministerial e Alto-Comissário (Decreto-Lei n.º 248/92, de 11 de novembro), que denota uma importância da vertente complexa e interdepartamental do problema de uso e abuso de substâncias tóxicas. (Dias, 2007). Por via do Decreto-Lei n.º 248/92, é decidido pelo governo, reforçar, no âmbito do Projeto VIDA “os meios de combate àquele flagelo”, cumprindo aliás o programa de governo, onde se “erigiu o combate à droga como área a merecer particular empenho”. É ainda destacada a primordial importância na mobilização da sociedade civil, entendendo-se que

(...) o combate eficaz à toxicodependência só é possível com a ampla participação da sociedade civil. O problema da toxicodependência é um problema da sociedade global. (...) O papel da sociedade civil na construção e no dia-a-dia do Projecto VIDA deve ser uma realidade cada vez mais importante. A existência de uma preocupação grande como o incrementar do papel da sociedade civil deverá, pois, constituir uma das principais prioridades do Projecto VIDA e em especial do alto-comissário.

Estabelece ainda a necessidade de uma coordenação intersectorial nesta área, com esforços suplementares ao nível da coordenação e da cooperação.

(...) é necessário e urgente desenvolver e consolidar uma real e eficaz coordenação intersectorial neste domínio. A conjugação de esforços e a coordenação de acções e iniciativas são nesta área, muito em particular, condição indispensável ao sucesso. Além disso, o Projecto VIDA precisa de apresentar garantias de desburocratização e de coordenação, com especial incidência no seu nível central. Assim, todos os serviços e instituições que desempenhem actividades no combate à droga devem estar devidamente enquadrados e coordenados pelo Projecto VIDA.

Reconhece, ainda que

o resultado de qualquer reformulação, por melhor intencionada e correcta que seja, depende sempre de quem a executa e dos meios que se lhe facultam, sem deixar de se reconhecer que é área em que as ideias são mais importantes do que as estruturas administrativas.

O Projeto VIDA foi alvo de 4 reestruturações nos anos de 1990, 1992, 1996 e 1998.

A década de 90 é marcada pelo alargamento da rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de toxicodependentes, integrada no SPTT - Lei nº 7/97 e 8 de março, garantindo a existência de, pelo menos, uma unidade de atendimento a toxicodependentes por cada distrito. Mais, na quarta revisão constitucional é aditada ao artigo 64.º, ponto 3 da Constituição da República Portuguesa, a “alínea f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.”, o que demonstra a crescente preocupação que a dimensão da problemática assumia no foro governamental.

É ainda no ano de 1996, por via da Lei nº 45/96 de 3 de setembro, que vem alterar o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, relativo ao regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes, no seu artigo 70.º A, que fica estabelecido o compromisso de o Governo passar a apresentar anualmente, à Assembleia da República, um Relatório da Situação do País em matéria toxicodependência.

1 - O Governo apresenta anualmente à Assembleia da República, até 31 de Março de cada ano, um relatório sobre a situação do País em matéria de toxicodependência.

2 - O relatório tem por finalidade fornecer à Assembleia da República informação pormenorizada sobre a situação do País em matéria de toxicodependência e tráfico de drogas, bem como sobre as actividades desenvolvidas pelos serviços públicos com intervenção nas áreas da prevenção primária, do tratamento, da reinserção social de toxicodependentes e da prevenção e repressão do tráfico de drogas.



Como já referido anteriormente, as décadas de 80 e 90, foram marcadas por um alastrar da dimensão da problemática das toxicodependências. Até este momento foi notório, da análise dos diferentes documentos, na sua maioria decretos-lei, a crescente preocupação, por parte dos sucessivos governos em produzir instrumentos e, conseqüentemente, em dimensionar as políticas públicas, por forma a responder cabalmente, à situação. Importa referir que, e de acordo com um vasto número de estudos epidemiológicos, Portugal tem, ao longo das últimas cinco décadas, tido sempre das menores prevalências de consumo, quando comparado com outros países europeus.

Durante a década de 90 e de forma a tornar perceptível o empenho de todos, importa fazer referência a 5 documentos éticos<sup>3</sup>: Declaração de Lisboa- 1992, Adenda à Declaração de Lisboa – 1997, Plataforma Europeia ERIT – 1994, Proclamação de Paris – 1996 e Declaração de Mação – 1996, elaborados por técnicos de diferentes países e de diferentes áreas do saber com intervenção na área das toxicodependências, que procuram, com base na prática clínica, na evidência científica, na discussão participada, consolidar a vertente clínica e humanista na abordagem ao consumidor de substâncias. A Declaração de Lisboa (1992), citada por Patrício (1997), refere o toxicodependente como um “(...) cidadão de pleno direito, com todos os direitos e deveres.” e considera que a toxicodependência é “(...) expressão dum sofrimento e determina dificuldades físicas, psíquicas e sociais.” (p.21). A Proclamação de Paris (1996) citada por Patrício (1997) também sublinha esta vertente ao considerar que a

(...) política de drogas na Europa deverá ser global e integrada numa política social de envergadura. Não pode continuar a ter como objectivo erradicar as drogas, nem continuar a dar prioridade às acções judiciais e policiais. (...) Devemos deixar de confundir o controle das drogas e a luta contra o tráfico, com a repressão dos consumidores. (p.29)

Em 1998 é publicado o relatório sobre a “Situação e Avaliação do Problema da Droga em Portugal”, realizado pela Comissão Eventual da Assembleia da República para o Acompanhamento e Avaliação da Situação da Toxicodependência, do Consumo e do Tráfico de Droga. No mesmo ano e por

---

<sup>3</sup> O texto integral destes documentos, encontram-se compilados em Patrício, LDB (1997).

iniciativa do Ministro-Adjunto do Primeiro-Ministro, é constituída a Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga, em 16 de fevereiro, tendo como finalidade apresentar uma estratégia abrangente de intervenção na área da toxicodependência (Despacho n.º 3229/98, 2ª série).

Ainda durante o ano de 1998, realiza-se na cidade do Porto o Seminário Internacional intitulado “A Cooperação nas Políticas sobre as Drogas e a Toxicodependência”, promovido pelo então Presidente da República Portuguesa, Dr. Jorge Sampaio<sup>4</sup>. A organização deste evento, demonstra a necessidade sentida nos fóruns políticos de se debater de forma clara e a nível mundial a questão da Toxicodependência, por forma a construir em conjunto uma “nova política no domínio das drogas”. No discurso de abertura, o Presidente Jorge Sampaio afirma que

(...) Torna-se necessário, agora, colocar o problema das drogas como prioritário no relacionamento dos nossos países. O diálogo e a cooperação políticas aprofundaram-se, mas este relacionamento deve ter um novo alcance, pois o problema da droga representa uma ameaça real ao bem estar das populações e à estabilidade democrática de alguns Estados da América Latina. Os países europeus e da América latina podem cooperar para o estabelecimento de novas estratégias com um entendimento mais amplo e plural deste problema.

(...) A droga não conhece fronteiras, já o disse, atravessa todas as culturas e todo o tipo de famílias.

É responsável por gravíssimos problemas de saúde pública, por uma preocupante criminalidade associada ao consumo e pelo aparecimento de organizações criminosas de traficantes que promovem a corrupção e põem em causa a própria estabilidade democrática dos Estados.

Preocupam-me, ainda, algumas manifestações de marginalização de cidadãos consumidores, como me preocupam os crescentes encargos públicos relacionados com a droga.

E apesar da penalização do consumo ser, em muitas legislações, meramente simbólica, as nossas prisões transformam-se em locais de concentração de consumidores de drogas, muitos deles portadores de doenças infecto-contagiosas, condenados a prisão efectiva por simples consumo ou como traficantes consumidores. Ou seja, a lei que pretende sobretudo, reprimir o tráfico atinge fundamentalmente o consumidor traficante que comete repetidos furtos ou outros crimes contra o património. (p.2,3 e 4).

Depois de uma ampla discussão pública é aprovada a primeira “Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga” (ENLCD) pela Resolução de Conselho de

---

<sup>4</sup> O discurso de abertura do seminário encontra-se transcrito na íntegra em AAVV (1999).

Ministros n.º 46/99 de 26 de maio de 1999, para um horizonte temporal de 1999 a 2004.

O preâmbulo da Resolução do Conselho de Ministros é claro quanto ao sentimento subjacente ao governo da altura para a aprovação de um documento, que anos volvidos, se viria a consolidar como o momento de viragem na intervenção das dependências. Afirma-se perentoriamente que o Governo

(...) entende que, mais de 20 anos depois de terem sido criadas em Portugal as primeiras estruturas institucionais vocacionadas para enfrentar o problema da droga e da toxicodependência, é tempo de adoptar, finalmente, uma verdadeira estratégia nacional de luta contra a droga, na linha do que já sucede em diversos outros países.

Os ensinamentos da experiência destes anos, a consciência das fragilidades e das capacidades existentes, o conhecimento científico entretanto produzido sobre as mais diversas vertentes do fenómeno da droga, a notícia de experiências inovadoras que se vão fazendo noutros países, a noção dos novos desafios lançados pela própria evolução do fenómeno do consumo, a recorrente discussão pública sobre o caminho a seguir e, sobretudo, a constatação da persistente gravidade do problema da droga e da toxicodependência, a nível nacional e internacional, fazem da elaboração deste documento um imperativo para Portugal. A estratégia nacional de luta contra a droga pretende ser um instrumento orientador das diversas políticas sectoriais relativas à droga e à toxicodependência, vocacionado para nortear a actividade dos diferentes organismos da Administração Pública com competência nesta área e servir de referência para a sociedade portuguesa.

Este documento apresentava um conjunto de orientações e recomendações para congregar as diferentes políticas setoriais relativas à droga e à toxicodependência, aglutinando os domínios da prevenção, do tratamento, da redução de danos, da reinserção social, da cooperação internacional, do combate ao tráfico e ao branqueamento de capitais e da toxicodependência. Tinha os seguintes princípios orientadores: da cooperação internacional, da prevenção, do humanismo, do pragmatismo, da segurança, da coordenação e racionalização de meios, da subsidiariedade e da participação. De destacar os princípios do humanismo e do pragmatismo. Efetivamente, assume-se que o toxicodependente é um doente, que terá muito mais a beneficiar com a acessibilidade a cuidados de saúde e suporte social do que pela via da repressão e prisão.

Documento largamente elogiado pela opinião pública, da qual se destaca os comentários de Daniel Sampaio e Francisco Moita Flores publicados na imprensa

da época. Daniel Sampaio, professor universitário, refere no Diário Magazine, edição de dia 6 de junho de 1999.

É a primeira vez que um executivo governamental define uma política face à toxicodependência. Até aqui tínhamos uma série de medidas avulsas, por vezes, contraditórias, sem alvos definidos e sem objetivos claros. No momento atual, existe uma Resolução do Conselho de Ministros que esclarece as linhas gerais de atuação, mas o documento vale, sobretudo, pelas mudanças que enuncia.

E Francisco Moita Flores, também professor universitário, declara ao Diário de Notícias, edição de 26 de abril de 1999 que: “O documento é um dos momentos mais importantes no campo da luta contra a droga e desenha o primeiro esboço sério e capaz de compreender o flagelo da droga como um inquietante problema social.”.

Perspetivando uma racionalização de meios para a intervenção preventiva, é criado o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT), Decreto-Lei n.º 31/99, de 5 de fevereiro, que passa a suceder, nas suas competências e atribuições, ao GPCD e ao Projeto VIDA, ambos extintos. Segundo Dias (2007), com o IPDT surge um modelo de intervenção de índole preventiva e integrativa, capaz de assegurar maior estabilidade nas áreas da prevenção, informação, investigação científica, relações e cooperação internacionais, com particular enfoque com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT).

Com o objetivo de assegurar uma coordenação da política do governo nas diferentes áreas consagradas na Estratégia Nacional é criado o Conselho Coordenador da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e da Toxicodependência, pelo Decreto-Lei n.º 88/2000, de 18 de maio. Com o alargamento das competências e da sua composição, este conselho passa a denominar-se Conselho Nacional da Droga e da Toxicodependência, Decreto-Lei n.º 89/2000, de 18 de maio. O Conselho Nacional vê as suas competências alargadas e valorizadas, tornando-se o órgão de consulta sobre a política pública de droga e toxicodependência, pronunciando-se sobre o desenho e a implementação da estratégia nacional. Tem um papel fundamental na mobilização dos vários parceiros públicos, quer os que trabalham no âmbito da redução da procura quer os que trabalham no âmbito da redução da oferta, procurando

pontos e linhas convergentes, possibilitando assim a coerência e sustentabilidade no planeamento, na implementação, na monitorização e na avaliação das políticas públicas para esta área.

No ano 2000 e seguindo a opção do governo, plasmada na Lei n.º 45/96 de 3 de setembro, artigo 70.º A, onde é clara a preocupação sentida pelo órgão executivo do estado português em fazer a “prestação de contas”, desta problemática, na Assembleia da República. De fato, o recente criado Instituto Português da Droga e da Toxicodependência apresenta, o Relatório da Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências em 1999, cumprindo o disposto na Lei, e este é o primeiro relatório a ser “elaborado no contexto da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, aprovada em Conselho de Ministros, Resolução n.º 46/99, de 22 de abril, e que, doravante, orienta a política nacional neste domínio”. A apresentação deste relatório tem sido prática corrente nesta área, independentemente das mudanças organizacionais posteriores.

No final do ano 2000 e no decurso do preconizado na ENLCD, entra em vigor, provavelmente, a medida mais emblemática, corajosa e controversa, a descriminalização do consumo de todas as substâncias psicoativas, com a aprovação da Lei n.º 30/2000 de 29 de novembro, que no n.º 1 Artigo 1.º “define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica” e no n.º 1 do artigo 2.º “ O consumo, a aquisição e a detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações compreendidas nas tabelas referidas no artigo anterior constituem contra-ordenação.” Esta lei entrou em vigor no dia 1 de julho de 2001.

Seguem-se ainda três documentos fulcrais para a implementação do enunciado na ENLCD: a Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2001 de 13 de março, que aprova os “30 Objetivos da luta contra a droga e a toxicodependência até ao final de 2004”, o Plano de Ação Nacional da Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004, Resolução do Conselho de Ministros n.º. 39/2001 de 9 de abril, e ainda o Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho que

estabelece o Regime Geral das Políticas de Prevenção e Redução de Riscos e Minimização de Danos.

Importa perceber as motivações que fundamentam estas opções por parte do Estado, no intuito de cumprir o seu papel de proteção social dos seus cidadãos e procurando corresponder aos anseios e preocupações dos mesmos, que se encontram plasmadas, de forma inequívoca nos preâmbulos de vários documentos legais do ano de 2001.

No preâmbulo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2001 de 13 de março, considera-se que

Portugal está hoje em condições de assumir nova ambição no combate à droga e à toxicodependência. Investe-se mais na prevenção, criou-se um sistema de tratamento que se prepara para cobrir integralmente as necessidades, lançaram-se bases para uma política consistente de redução de riscos, definiu-se o caminho para oferecer oportunidades de reabilitação aos toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento.

Além disso, nunca as forças de segurança foram tão eficazes no combate ao tráfico. Todavia, não podemos ignorar que o problema da droga e da toxicodependência continua a ser a questão social que mais preocupa os Portugueses e maiores sentimentos de ansiedade e insegurança lhes provoca. Também não deve ignorar-se que os cidadãos querem que o Governo se mobilize e mobilize toda a sociedade para metas claras e ambiciosas, cujo cumprimento possa e deva ser assumido por todos. É esse o sentido da presente resolução, a qual fixa os 30 objectivos principais para o horizonte dos próximos quatro anos, isto é, até 2004.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2001 de 9 de abril, afirma que o Plano de Ação Nacional da Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004 deve ser a “(...) a referência fundamental que balizará toda a intervenção nos anos mais próximos, tanto para a Administração como para todos os parceiros sociais, potenciando as sinergias existentes e procurando as melhores respostas nos diversos domínios de intervenção.”. Salienta ainda que

(...) definem-se também agora, com um grande grau de rigor e exigência, as linhas de intervenção e acções prioritárias a desenvolver nesse horizonte, no que representa a procura de sistematização e de grande envolvimento, para uma maior garantia de eficácia e de articulação, dos mais relevantes serviços e organismos com responsabilidade directa e indirecta nesta área. A este respeito, o presente Plano é, desde logo, um compromisso muito forte de mobilização conjunto.

Todas as áreas são, necessariamente, consideradas: a prevenção primária, a prevenção de redução de riscos e danos, o tratamento, a reinserção social, o

combate ao tráfico ilícito de drogas e o branqueamento de capitais, a investigação e informação, a avaliação das políticas e a cooperação internacional, pretendendo-se elevar os níveis de exigência e de responsabilidade, no que é uma resposta imperativa à principal preocupação dos Portugueses.

O Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho, estabelece o Regime Geral das Políticas de Prevenção e Redução de Riscos e Minimização de Danos, conferindo enquadramento legal a um conjunto de estruturas inovadoras que permite, até aos dias de hoje, a implementação de respostas na área da redução de riscos e minimização de danos. No preâmbulo, o legislador descreve o ponto de situação em matéria nacional, sustentando também as orientações internacionais.

A comunidade internacional tem também reconhecido a necessidade de se adoptarem novas abordagens, nomeadamente quanto à melhoria da assistência a quem abusa de drogas, tal como se refere na Resolução n.º 43/3, aprovada pela Comissão de Estupefacientes da ONU na sua 45.ª sessão, em Março de 2000, onde se assume que os Estados membros devem definir estratégias de multiplicar e de tornar acessíveis os serviços que possam ajudar quem abusa da droga, de modo a promover a redução de riscos para a sua saúde e para a saúde pública. (...) Considerando-se a importância das medidas previstas, e porque se inserem numa problemática que muito preocupa os Portugueses, para a qual é necessário apelar ao empenho e participação de toda a sociedade, foi o projecto de diploma colocado à discussão pública. Essa discussão permitiu clarificar conceitos, suscitar o debate e a reflexão e melhorar o texto final.

No ano de 2002, e dando seguimento ao estabelecido no programa de governo do XV Governo Constitucional, opta-se pela criação do Instituto da Droga e da Toxicodependência, que fica sob a tutela do Ministério da Saúde de acordo com o plasmado no Decreto-Lei n.º 269-A/2002 de 29 de novembro. Opta-se pela fusão dos dois anteriores serviços, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência e o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, por forma a que se concretize numa efetiva coordenação de linhas e objetivos orientadores relativamente ao cumprimento do plano de luta contra a droga, já que os dois serviços se complementavam. Assim, o Instituto da Droga e da Toxicodependência sucede nas competências e atribuições dos SPTT e do IPDT e é-lhe acometida, no Artigo 4.º do mesmo Decreto-Lei, a missão de

garantir a unidade intrínseca do planeamento, da conceção, da gestão, da fiscalização e da avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento e da reinserção no combate à droga e à toxicodependência, na perspetiva da melhor eficácia da coordenação e execução das políticas e estratégias definidas.

No ano de 2003 são criados o Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência (CICDT) e o Conselho Nacional de Combate à Droga e à Toxicodependência (CNCDT), pelo Decreto-Lei n.º 1/2003 de 6 de janeiro, com o objetivo de reforçar a coordenação e eficácia no combate à droga e à toxicodependência. Ambos são presididos pelo primeiro-ministro. O CICDT tem por missão coordenar a definição e a eficaz execução da política, o segundo é o órgão de consulta do Primeiro-Ministro e tem por missão pronunciar-se sobre a definição e execução dos instrumentos programáticos relacionados com a problemática. É ainda definido que o membro do governo responsável pela coordenação política de combate à droga e à toxicodependência é o Ministro da Saúde. É ainda criado o cargo de Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência, a quem compete coordenar e articular os vários departamentos governamentais envolvidos na problemática. Fica ainda estabelecido que o Coordenador Nacional é, por inerência, o Presidente do Conselho de Administração do recentemente criado IDT.

Cumprindo o estabelecido na Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (1999), onde se lê

esta estratégia nacional deverá ser revista, pelo menos, dentro de 5 anos, no ano de 2004, revisão essa que deverá ter em conta a avaliação externa da sua execução, global e sectorial, a promover por entidade competente independente dos serviços, com base num trabalho continuado de observação e análise da intervenção desenvolvida, atenta a relevância das diferentes áreas de intervenção e a evolução dos indicadores/resultados que sejam considerados pertinentes.

Em 2004, é feita a avaliação externa da mesma. Esta avaliação foi realizada pelo Instituto Nacional de Administração (INA). Globalmente a avaliação foi positiva e apresentava vários desafios para o futuro, nomeadamente, uma reorganização do IDT, o estabelecimento de um novo modelo de cooperação institucional, o desenvolvimento de uma nova geração de iniciativas e programas preventivos, melhorar os sistemas de redução de riscos e redução de danos mantendo as linhas de orientação prosseguidas, entre outros.

Em consequência da implementação do PRACE, é aprovada uma nova lei orgânica do Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 212/2006 de 27 de outubro, passando o IDT a designar-se por Instituto da Droga e de Toxicodependência, I.P.



(IDT, IP) sendo-lhe atribuída a missão de “promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas bem como a diminuição das toxicodependências.” (Artigo 20.º). É também este documento legal que aprova a extinção dos Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul, ficando as suas atribuições integradas no IDT.

## **II.2 - A problemática dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA)**

Relativamente à problemática dos problemas ligados ao álcool (PLA), terminologia mais utilizada atualmente pela comunidade científica, apesar de algo “imprecisa” de acordo com Balsa (2011), mas que é usada para “designar as consequências nocivas do consumo de álcool.” (p.29) e que de acordo com Mello (2001), citado por Balsa (2011) “apresenta a vantagem de ter uma perspetiva mais abrangente, comparativamente ao conceito de alcoolismo como doença” (p.29).

Comparativamente com dados europeus e mundiais, Portugal tem apresentado elevados consumos, *per capita*, de bebidas alcoólicas, situação esta com graves repercussões em matéria de saúde pública.

“Em 2003, segundo dados publicados pelo *World Drink Trends* (2005), Portugal ocupava o 8º lugar do consumo mundial, com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol *per capita*, o que corresponde ao consumo médio anual de 58,7 litros de cerveja, 42 litros de vinho e cerca de 3,3 litros de bebidas destiladas.” (IDT, 2011, p.18).

Das leituras efetuadas, até ao século XV esta substância não tinha suscitado grandes problemas, encontrando-se, na maioria das sociedades, associada, de acordo com o referido por Balsa (2011), “(...) a conceitos de saúde, e noutras a rituais religiosos, curativos e mágicos, a partir daí dá-se um aumento do consumo de bebidas alcoólicas e começam a surgir os primeiros registos de intoxicação por álcool.” (p.28).

As primeiras iniciativas no sentido de regular o consumo excessivo de álcool, datam do século XVIII, e ocorrem em Inglaterra e nos Estados Unidos da

América, como referido por Balsa (2011) “em Inglaterra o parlamento aprova a repressão da embriaguez, e nos Estados Unidos da América são criadas leis para controlar o crescente número de pessoas embriagadas; são criados impostos sobre o álcool e, iniciam-se tentativas de definição de embriaguez.” (p.28).

No final do século XVIII e início do século XIX, começa-se a abordar as questões da embriaguez como uma doença. Balsa (2011) refere que

Inicialmente o alcoolismo é visto como um vício (a embriaguez) e só depois o termo começa a ser utilizado com o significado de alcoolismo crónico e entendido como doença. Estas concepções de embriaguez como doença foram influenciadas pelos trabalhos do Dr. Benjamin Rush, nos Estados Unidos da América, em 1785, e pelos do Dr. Thomas Trotter, em Inglaterra, em 1804, tendo-se devido a este último a primeira descrição do *Delirium Tremens* (estado de hiperactividade confusa e desorganizada, que se segue normalmente a um excessivo abuso de bebidas alcoólicas). (p.28).

É a partir da Revolução Industrial, do século XIX que o consumo de álcool aumenta em todo o mundo, fruto das constantes e aceleradas transformações sociais que caracterizaram este período. É neste ambiente de grandes transformações que ocorre uma transformação na valoração do consumo de álcool e das suas consequências e se passa a considerar o seu abuso como causa da doença mental. De acordo com Balsa (2011),

Se até então os problemas sociais causados pelo abuso de bebidas alcoólicas eram vistos mais como uma questão moral, já que a maioria parecia beber moderadamente, a partir do momento em que a situação se alterou e constatando-se a perigosidade dos efeitos do álcool sobre a saúde pública e as suas repercussões no tecido social, o consumo do álcool, ou pelo menos o seu abuso, deixa de ser visto à luz de um problema moral, para passar a ser um problema de saúde, sendo que, ainda no século XIX, vamos encontrar alcoólicos internados nos hospitais psiquiátricos, considerado o abuso do álcool como causa da doença mental. (p. 28 e 29).

Da pesquisa bibliográfica e histórica realizada são escassas as referências relativas à “construção” de políticas públicas específicas para a problemática do álcool. De acordo com Mello et al. (2001) citado por balsa (2011) “ Em Portugal, de longa data um dos maiores consumidores mundiais *per capita*, a cronologia política é escassa e avulsa. Registaram-se até à década de 80 do século XX, investimentos isolados como a criação de 1977 da *Comissão de Combate ao Alcoolismo*.” (p.33). Até 1988, encontramos referência a três Serviços de

Alcoologia sedeados em três hospitais psiquiátricos. Os Serviços de Alcoologia do Hospital Magalhães Lemos, no norte do país, o Serviço de Recuperação de Alcoólicos do Hospital Sobral Cid, na zona centro e o Serviço de Recuperação de Alcoólicos do Centro de António Flores do Hospital Júlio de Matos, na zona sul. Estes serviços foram dando resposta aos cidadãos com problemas associados ao consumo de álcool.

De acordo com Balsa (2011),

(...) Só em meados da década de 1980, quando Portugal começou a figurar entre os países com maior consumo de etanol *per capita* (WDT 5), houve sinais tímidos de uma resposta estatal aos PLA, o que motivou o desenvolvimento de estruturas específicas, embora no contexto da psiquiatria institucional e, como tal, com elevada probabilidade de indução de estigma e em clivagem com os serviços de saúde que já trabalhavam nas repercussões do consumo de álcool sobre a saúde. (p.33).

Através do Decreto Regulamentar n.º 41/88 de 21 de novembro, foram criados os Centros Regionais de Alcoologia (CRA) do Porto, de Coimbra e de Lisboa, absorvendo as atribuições e competências dos três outros serviços. De acordo com o Artigo 2.º, compete aos Centros Regionais de Alcoologia

(...) a prevenção dos problemas ligados ao álcool e a coordenação das actividades no âmbito da alcoologia e tratamento nas respectivas zonas e desenvolverão a sua actividade em articulação com as administrações regionais de saúde e centros de saúde nela integrados, com os hospitais psiquiátricos e centros de saúde mental, com os institutos de clínica geral e com outras instituições e grupos responsáveis pela saúde e bem-estar da comunidade.

Da leitura do decreto-lei, percebe-se a necessidade sentida por parte do estado, em legislar, de forma a fazer face a um problema crescente dos cidadãos e cumprir as recomendações e orientações internacionais, nomeadamente da OMS. Necessidade plasmada no preâmbulo do decreto-lei que a seguir se transcreve:

As dimensões que os problemas ligados ao álcool atingem em Portugal, reflectindo bem o papel que o abuso de bebidas alcoólicas desempenha, pondo em perigo a vida, a saúde e o bem-estar individual, familiar e social, apontam para a urgência da adopção de medidas para o seu controle.

Atendendo a um problema tão complexo, que atinge pesadamente a saúde pública e põe em risco esforços e acções enquadradas na estratégia global de “saúde para todos no ano 2000”, consciente da necessidade prioritária dos serviços que, no âmbito de cuidados de saúde primários, assegurem a colaboração e cooperação intra e intersectorial, fundamentais para a redução da prevalência dos problemas ligados ao álcool, o governos entende chegado o

momento de criar, com esta finalidade, estruturas regionais (centros regionais de alcoologia) e, deste modo, em obediência às linhas de orientação fixada no campo da saúde no seu programa, pôr em prática resoluções emanadas da OMS e recomendações do perito consultor para Portugal daquela organização.

Em 1995, por via do trabalho desenvolvido, é revogado o decreto anterior e é aprovado o Decreto-Lei n.º 269/95 de 19 de outubro, que clarifica as competências dos CRA no conjunto dos serviços de saúde e dota-os da estrutura orgânica entendida, à época, como a adequada para o desenvolvimento das atividades que lhes estavam atribuídas. Ainda no decurso do ano de 1995, é subscrita, por Portugal, a Carta Europeia sobre Álcool, promovida pela Organização Mundial de Saúde, mas de acordo com o que Balsa (2011) afirma “(...) apesar de não ter assumido nenhuma das dez estratégias aí enunciadas.”. (p.34).

Curiosamente no preâmbulo deste decreto-lei, invoca-se o facto de se entender, na época, que os problemas ligados ao consumo do álcool “têm registado nos últimos anos uma regressão em Portugal, a que não é alheio, certamente, o assinalável incremento das medidas de combate ao alcoolismo consignadas na política do Governo para o setor.”.

No final de 1996, o XIII Governo Constitucional, dá um grande impulso ao lançar o documento estratégico “Saúde em Portugal - Uma Estratégia para o virar do século (1998-2000)”, documento aglutinador de um novo pensamento estratégico, com o intuito de criar uma nova estratégia política para o setor da saúde. Neste documento estabeleciam-se, pela primeira vez, objetivos e metas relativos à temática da saúde. A título de exemplo e citando Balsa (2011) “o Governo propõe-se baixar, em quatro anos, o consumo anual de álcool para menos de dez litros *per capita*, e reduzir em dez por cento os acidentes laborais e de tráfego relacionados com a bebida, as admissões nas urgências e os internamentos hospitalares.” (p.34).

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/99 de 8 de maio, e dado o recrudesimento da problemática dos problemas ligados ao álcool, decide criar uma comissão interministerial, para reforçar e aprofundar os mecanismos

plasmados na estratégia da saúde. Nesta resolução também fica o compromisso de se ultimar a revisão da legislação relativa aos CRA.

O trabalho desta Comissão interministerial apresenta um documento exaustivo que denominou de “Plano de Ação Alcoológico”, que viria a ser a base do Plano de Ação Contra o Alcoolismo (PACA), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 de novembro. Este plano delineava as orientações a ter relativamente a três grandes áreas de intervenção: a área da promoção e educação para a saúde, a área da vertente clínica e de investigação e por último, a área da legislação e fiscalização.

Duas curiosidades, a primeira é a de na parte introdutória da Resolução do Conselho de Ministros se usar a expressão “O alcoolismo é a maior toxicodependência dos Portugueses” e a segunda é a de ficar vertido em diploma legal que, na comissão de acompanhamento ao plano, que viria a ser constituída por diversas entidades, estaria um representante do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência.

Cumprindo o disposto na Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/99 de 8 de maio, consolidada a revisão legislativa relativamente aos CRA, por via do Decreto-Lei n.º 318/2000 de 14 de dezembro, atribuindo-lhe a seguinte natureza e missão no Artigo 2.º

Os centros regionais de alcoologia, adiante designados por centros, são pessoas colectivas públicas, dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde, que têm como missão principal desenvolver metodologias de abordagem à prevenção, tratamento e reabilitação, em particular na vertente da dependência e da compulsão ao consumo de bebidas com teor alcoólico.

Os CRA passam a ter uma nova designação, que pouco varia da anterior, o Centro Regional de Alcoologia do Centro, com sede na cidade de Coimbra o Centro Regional de Alcoologia do Norte, com sede na cidade do Porto e o Centro Regional de Alcoologia do Sul, com sede em Lisboa. Ficam ainda definidas a articulação destas estruturas com os serviços de saúde mental e é criada ainda, no âmbito da rede de referenciação hospitalar da saúde mental, a rede de alcoologia, em que se estabelece como funcionalmente se articulam os CRA e os

serviços locais de saúde mental, por forma a que, concertadamente, deem suporte aos centros de saúde.

Tendo por base a reestruturação do Ministério da Saúde, no âmbito do PRACE, e dada a expressão dos problemas inerentes ao consumo de substâncias psicoativas, são extintos, em 2006, os Centros de Alcoologia do Norte, Centro e Sul, passando as suas atribuições para o Instituto da Droga e da Toxicodependência, através do Decreto-Lei n.º 212/2006 de 27 de outubro, preconizando uma coordenação nacional aglutinadora e uniformizadora para os problemas ligados ao álcool.

### **III – O Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP**

A política pública portuguesa relativa às substâncias ilícitas e ao álcool, sofre no ano de 2006, uma profunda alteração ao nível das estruturas executoras dessa mesma política, por via da implementação do PRACE. Com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005 de 4 de agosto, tem início “um processo de reestruturação da Administração Pública, visando uma racionalização das suas estruturas centrais e promovendo a descentralização de funções, a desconcentração coordenada e a modernização e automatização de processos.”, como se pode ler no seu preâmbulo. Este programa tinha como objetivo “a promoção da cidadania, do desenvolvimento económico e da qualidade dos serviços públicos, com ganhos de eficiência pela simplificação, racionalização e automatização, que permitam a diminuição do número de serviços e dos recursos a eles afectos.”. O governo da altura, na Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006 de 30 de março “consagra a modernização da administração pública como um dos objectivos essenciais da estratégia de desenvolvimento do País.”. Através desta resolução ficam definidas as orientações, na generalidade e na especialidade, da reestruturação dos ministérios.

Importa referir que durante o processo de reorganização estrutural o IDT, no ano de 2006, tendo por base a Estratégia da União Europeia de Luta Contra a Droga, para os anos de 2005-2012 e já sob a égide do XVI Governo Constitucional, o IDT

vê aprovados o Plano Nacional de Luta Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 e o Plano de Ação contra as Drogas e as Toxicodependências - Horizonte 2008, através da aprovação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 115/2006 de 18 de setembro e da Resolução do Conselho de Ministros n.º 116/2006 de 18 de setembro, respetivamente. A última Resolução seria retificada pela Declaração de Retificação n.º 79/2006 de 17 de novembro.

Para este novo Plano Nacional, foram tidas em linha de conta as recomendações vertidas na Avaliação da Estratégia Nacional, efetuada pelo INA em 2004, e mantiveram-se como referencial principal o leque de princípios consignados na anterior estratégia (da cooperação internacional, da prevenção, do humanismo, do pragmatismo, da segurança, da coordenação e racionalização de meios e da participação) e incluíram-se os princípios da centralidade no cidadão, da territorialidade, das respostas integradas e da melhoria da qualidade.

O IDT dá início à conceção e implementação do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), uma medida estruturante de carácter nacional, promovendo a intervenção integrada no âmbito do consumo de substâncias psicoativas, requerendo a existência de diagnósticos rigorosos, de base territorial, que sustentam a necessidade das intervenções.

Para a presente dissertação importa agora referir o Decreto-Lei n.º 212/2006 de 27 de outubro que “dá início à execução do PRACE no Ministério da Saúde, enformado pelas orientações que determinaram a reorganização dos serviços centrais para o exercício de funções de apoio à governação, de gestão de recursos, de natureza consultiva, de coordenação interministerial e operacionais.”.

À data a política pública em matéria das substâncias lícitas e ilícitas estava sob a tutela do ministério da saúde. Ainda neste decreto-lei, e com o

propósito de simplificar a estrutura orgânica existente, os restantes serviços e organismos vêem reforçadas as suas atribuições, o que sucede, designadamente, com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I. P., e o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., que absorvem, respectivamente, as atribuições do Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães e dos Centros Regionais de Alcoologia do Centro, Norte e Sul.

O artigo 20.º, transforma o IDT em Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., organismo sob a administração indireta do Estado, atribuindo-lhe a missão de “promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências.”.

Por via da publicação do Decreto-Lei nº 221/2007 de 29 de maio, e cumprindo as orientações do PRACE, é regulamentado o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

No âmbito deste diploma é mantido o Instituto da Droga e da Toxicodependência, que fora criado pelo Decreto-Lei n.º 269-A/2002, de 29 de Novembro, e que passa agora a designar-se Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., absorvendo as atribuições dos Centros de Alcoologia do Centro, Norte e Sul que são extintos.

Como se pode ler no preâmbulo do decreto-lei, à época, a tutela entendeu que

O fenómeno da droga e da toxicodependência, apesar do muito que tem sido feito para o combater, aliás, com resultados visíveis, seja na diminuição drástica da taxa de criminalidade com ele relacionado, seja em termos de saúde pública, pelo controlo da propagação de doenças dele decorrentes, obriga, ainda na actualidade, dado o seu carácter transversal, a uma especial atenção e cuidado, atendendo aos novos aspectos sob que se apresenta, nomeadamente no que respeita ao consumo das drogas sintéticas, realidade completamente nova no nosso País, não apenas pelas características das substâncias consumidas, em si mesmas, como pelas características dos próprios consumidores e das circunstâncias locais, sociais e outras, em que o consumo se processa.

Das leituras efetuadas, importa ressaltar aqui o fato de que a necessidade de uma reorganização do Instituto da Droga e da Toxicodependência e do alargamento das suas atribuições à problemática do álcool já vinha sendo suscitada, desde a avaliação da ENLCD, realizada em 2004 pelo INA, que levanta a questão de “Deverá incluir-se na estratégia Nacional e nas atribuições do IDT a luta contra outras dependências como o álcool e o tabaco?” afirmando que: “ Parece, pois, evidente a necessidade de alargar o campo de actuação da rede actual a fim de ajudar mais eficazmente aqueles que consomem outras drogas, desde o álcool à cocaína.” (p.133).

O *Annual Report 2006 – selected issues*, do *European Monitoring Centre for Drugs and Addiction* (EMCDDA), Observatório da Droga e da Toxicodependência (OEDT), cujo tema seleccionado foi “*European drug policies — extended beyond illicit drugs?*”, pontua que, desde o ano 2004, nas diferentes publicações do OEDT, as estratégias nacionais dos estados membros têm alargado, progressivamente, o âmbito da sua ação para além das ditas substâncias ilícitas,



incluindo mesmo grande variedade de outras substâncias psicoativas e ainda comportamentos, que eventualmente possam desenvolver consequências aditivas. No mesmo documento é apontada uma crescente tendência na comunidade científica para abordar as questões da adição e dos comportamentos aditivos, independentemente do agente causador da dependência:

*At the same time, both basic and clinical scientific research is increasingly addressing the issue of addiction and addictive behaviour, irrespective of substance, accompanied by increasing recognition of the need to match treatment options with clients' profiles and patterns of use. For instance, Ehrenberg (1998) has pointed out that previous distinctions between the roles of alcohol, illicit drugs and psychotropic medicines are slowly vanishing: a growing body of research has identified that psychoactive substances are used for various reasons, irrespective of their legal status; (p.9).*

Neste relatório, no ano de 2006, dos 27 estados membros, 8 estados, reportaram que as suas estratégias nacionais contemplavam a abrangência de todas as substâncias, Alemanha, Bélgica, Chipre, Espanha, França, República Checa, Roménia e Noruega.

De notar que o relatório conclui que existe uma grande variedade de estratégias nacionais. Apesar de haver muitos pontos comuns, variam de estado membro para estado membro. É clara a tendência dos estados membros, para nas suas estratégias nacionais, abordarem as substâncias lícitas como as ilícitas de forma conjunta. Por fim, conclui que independentemente das especificidades de cada estado membro, é possível identificar uma tendência comum a todos: os programas preventivos e de tratamento estão a ser delineados e aplicados tendo em conta tanto as substâncias lícitas como as ilícitas.

Com o plasmado no Relatório do OEDT e na avaliação da ENLCD do INA, constata-se que havia já uma “narrativa” de que o instituto público, ou a entidade pública, com responsabilidades na área, abrangesse a intervenção de todas as substâncias, independentemente da valoração jurídica das mesmas.

O PRACE, através das alterações que provocou no Ministério da Saúde, e a consequente decisão de integrar os CRA no Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., cumpre não só os objetivos do governo da altura, mas

cumpram também, neste caso particular, as orientações da União Europeia para a temática das substâncias psicoativas.

Assim, e no decurso das obrigações legislativas, por via da publicação da Portaria n.º 648/2007, de 30 de maio, são aprovados os Estatutos do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., por forma a determinar a sua organização interna.

De acordo com número 1 do Artigo 1.º “Para a prossecução das suas atribuições o IDT, I. P., dispõe de serviços centrais e de serviços desconcentrados, estes designados por delegações regionais e por unidades de intervenção local.” Ainda nos números 5 e 6 do mesmo artigo, definem-se em traços gerais os serviços desconcentrados, a saber:

5—As delegações regionais integram o núcleo de apoio geral e o núcleo de apoio técnico, dirigidos por responsáveis de núcleo, cargos de direcção de nível 3.

6—As unidades de intervenção local, dirigidas por um director, cargo de direcção de nível 3, são:

- a) Os Centros de Respostas Integradas, constituídos por equipas a definir no regulamento interno, e cujo número não pode ser superior a vinte e dois;
- b) As Unidades de Desabilitação, cujo número não pode ser superior a cinco;
- c) As Comunidades Terapêuticas, cujo número não pode ser superior a três;
- d) As Unidades de Alcoologia, cujo número não pode ser superior a três.

Como se constata, através da leitura do número 6 do Artigo 1.º, os três Centros Regionais de Alcoologia, transformam-se em Unidades de Alcoologia.

No presente trabalho é importante apresentar as competências e atribuições dos serviços desconcentrados do IDT, I.P. – as Delegações Regionais e as Unidades de Intervenção Local.

As Delegações Regionais, e de acordo com o Artigo 8.º,

exercem a sua actividade a nível regional, competindo-lhes:

- a) Dirigir os serviços de âmbito regional e local do instituto;
- b) Executar, a nível regional e local, os programas, projectos e orientações técnicas definidos pelo conselho directivo;
- c) Planear, coordenar e avaliar a execução de programas e projectos de prevenção, de tratamento, de redução de riscos e minimização de danos e de reinserção nas áreas da droga, do álcool e das toxicodependências;
- d) Garantir à população, através de unidades de intervenção local, o acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas, disponibilizando uma oferta diversificada de programas de prevenção, redução de riscos e minimização de danos, de tratamento e de reinserção;
- e) Avaliar e supervisionar o funcionamento das unidades de intervenção local, assegurar os recursos necessários à respectiva gestão e propor a criação de novas unidades ou o seu encerramento;

- f) Promover a articulação interinstitucional e incentivar a participação das instituições da comunidade, públicas ou privadas, no desenvolvimento de acções de prevenção, de tratamento, de redução de riscos e minimização de danos e de reinserção social, no âmbito dos programas nacionais promovidos pelo conselho directivo;
  - g) Apoiar as comissões para a dissuasão da toxicodependência, que funcionem na sua área de intervenção;
  - h) Organizar e executar ou apoiar acções de formação no âmbito das atribuições do instituto;
  - i) Propor a atribuição de apoios financeiros ou outros a instituições com intervenção na prevenção, no tratamento, na redução de riscos e minimização de danos e na reinserção social, nas áreas da droga, do álcool, e das toxicodependências;
  - j) Promover, desenvolver e aplicar metodologias de avaliação das diversas acções desenvolvidas ou apoiadas, elaborar relatórios e analisar as respectivas conclusões;
  - k) Desenvolver e apoiar estudos de caracterização do fenómeno da droga, do álcool e das toxicodependências, de âmbito regional e local;
  - m) Organizar o tratamento da informação regional que permita a elaboração de indicadores de mudança e impacto na população;
  - n) Elaborar os planos anuais e plurianuais de actividades, bem como o orçamento anual e submetê-los a aprovação superior;
  - o) Assegurar as actividades que lhe forem determinadas pelo conselho directivo.
- 2— A actividade das delegações regionais efectua-se em estreita articulação com outros serviços ou instituições, regionais ou locais, públicos ou privados, que desenvolvam actividades nas áreas da droga, do álcool e da toxicodependência.

As Unidades de Intervenção Local veem plasmado no Artigo 9.º, as suas atribuições:

- 1—As unidades de intervenção local exercem a sua actividade nas áreas da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e da minimização de danos, do tratamento e da reinserção social de toxicodependentes e de alcoólicos, articulando-se, de acordo com as orientações das respectivas delegações regionais, com os serviços prestadores dos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde.
- 2—O âmbito territorial das unidades de intervenção local é definido em regulamento interno.

Para o trabalho que se pretende desenvolver, importa atentar em mais um documento legal, o Despacho Normativo n.º 51/2008 de 1 de outubro, que aprova o Regulamento de Organização e Funcionamento do IDT, I.P.

É neste regulamento que fica plasmado como o IDT, I.P. se organiza desde os serviços Centrais até aos serviços locais. Importa apresentar as competências das Unidades de Intervenção Local. De acordo com o Artigo 6.º,

- 1 Na dependência da Delegação Regional respectiva e de acordo com o n.º 6 do artigo 1.º dos estatutos do IDT, I.P., existem as seguintes Unidades de Intervenção Local:
- a) Centros de Respostas Integradas, adiante designados por CRI;

- b) Unidades de Desabilitação, adiante designadas por UD;
- c) Comunidades Terapêuticas, adiante designadas por CT;
- d) Unidades de Alcoologia, adiante designadas por UA.

2 Os CRI, as UD, as CT e as UA são dirigidos por um Director, cargo de direcção de nível 3, que nas UD e UA será médico;

3. Aos CRI compete executar as acções promovidas pela Delegação Regional e Serviços Centrais no que respeita à prevenção das toxicodependências e alcoolismo, bem como à prestação de cuidados integrados e globais a doentes toxicodependentes e doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, seguindo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, com vista ao tratamento, redução de danos e reinserção desses doentes.

4 Às UD compete, designadamente, realizar o tratamento de síndromes de privação em doentes toxicodependentes e doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, sob responsabilidade médica, em regime de internamento.

5 Às CT compete prestar cuidados a doentes toxicodependentes e doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool que necessitem de internamento prolongado, com apoio psicoterapêutico e socioterapêutico, sob supervisão psiquiátrica.

6 Às UA compete prestar cuidados integrados e globais, em regime ambulatório ou de internamento, sob responsabilidade médica, a doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, seguindo as modalidades de tratamento mais adequadas a cada situação e apoiando as actividades de intervenção dos CRI na área da alcoologia, enquanto unidades especializadas, de referência, com competências de formação específica.

Os CRI têm, no âmbito deste regulamento, um destaque, no número 1 do artigo 7.º, onde se lê que são:

estruturas locais de cariz operativo e de administração, referenciados a um território definido e dispondo de equipas técnicas especializadas para as diversas áreas de missão, englobando as unidades, recursos e estruturas do IDT, I.P., dedicadas ao tratamento, prevenção, reinserção e redução de danos do respectivo território.

É ainda neste regulamento que fica delimitada a área geográfica das unidades de intervenção local. E indo directamente à Delegação objeto do presente estudo - a Delegação Regional do Centro - ficam sob a sua alçada um total de 9 Unidades: 6 Centros de Respostas Integradas (CRI), (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Leiria, Guarda e Viseu, e Unidade de Desabilitação de Coimbra, Unidade de Alcoologia de Coimbra e Comunidade Terapêutica de Coimbra. Acresce que os seis CRI foram organizados territorialmente de acordo com a organização dos restantes serviços da saúde, NUT III, isto é, não abrangem a área geográfica dos distritos e as restantes unidades, ainda que tenham âmbito territorial nacional, exercem

preferencialmente a sua intervenção na área geográfica correspondente ao da Delegação Regional do Centro.

Para clarificar a leitura, apresentamos um quadro resumo das alterações na estrutura do Instituto da Droga e da Toxicodependência para o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., após a implementação do PRACE.

### Quadro I – A Estrutura do IDT vs. IDT, I.P.

IDT	IDT, I.P.
Unidade de Prevenção de Aveiro	Centro de Respostas Integradas de Aveiro
Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Aveiro	
Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Santa Maria da Feira	Delegação Regional do Norte
Unidade de Prevenção de Castelo Branco	Centro de Respostas Integradas de Castelo Branco
Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Castelo Branco	
Centro de Atendimento a Toxicodependentes da Covilhã	
Consulta Fundão	
Unidade de Prevenção de Coimbra	Centro de Respostas Integradas de Coimbra
Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Coimbra	
Centro de Atendimento a Toxicodependentes da Figueira da Foz	
Unidade de Prevenção de Guarda	Centro de respostas Integradas da Guarda
Centro de Atendimento a Toxicodependentes da Guarda	
Consulta Gouveia	
Unidade de Prevenção de Leiria	Centro de respostas Integradas de Leiria
Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Leiria	
Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Pombal	
Consulta Marinha Grande	
Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Peniche	Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo
Consulta Caldas Rainha	
Consulta Nazaré	
Unidade de Prevenção de Viseu	Centro de respostas Integradas de Viseu
CAT Viseu	
Unidade Desabilitação de Coimbra	Unidade de Desabilitação de Coimbra
Comunidade Terapêutica Arco Íris (CTAI)	CTAI
Centro Regional de Alcoologia de Coimbra (não pertencia ao IDT)	Unidade Alcoologia Coimbra

**Fonte:** Elaboração própria

No ano de 2010, importa destacar a aprovação simultânea em Conselho de Ministros de dois documentos estruturantes, o Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências (PACDT) 2009-2012 e o Plano Nacional Para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA) 2010-2012, ambos da responsabilidade do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

O primeiro decorre do preconizado no Plano Nacional Contra as Drogas e a Toxicodependências – 2005-2012, e corresponde ao segundo ciclo de ação estratégica delineado. O segundo, decorre do estabelecido no Plano de Ação contra o Alcoolismo, delineado no ano 2000, procurando executar grande parte das intenções aí vertidas e de acordo com a nota introdutória,

o seu objectivo primordial consiste em reduzir de forma significativa o consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os seus efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde. Pretende ainda proporcionar um enquadramento que permita adoptar uma estratégia equilibrada através de diversas acções específicas, que vão ao encontro do preconizado pela Comissão Europeia. (p.7).

É neste período, 2007 – 2011, que se consolidam as áreas de missão, que dão sustentação teórico-prática às respostas integradas e que o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. e consequentemente os decisores políticos, assistem ao reconhecimento internacional, tornando-se o modelo português numa referência mundial. Elencamos a título de exemplo, a publicação do Cato Institute (2009) - *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies* e também o que está escrito no *Drug Policy Profiles – Portugal* do EMCDDA (2011),

*While individual elements of the drug policy and their implementation might suggest a more critical discussion is needed, it appears that Portugal has attempted to develop a transparent, coherent and well-structured policy. The changes that were made in Portugal provide an interesting before-and-after study on the possible effects of decriminalisation, as the drug prevalence rates have not confirmed the theory that decriminalisation, or a less punitive approach, leads to increased use (Hughes and Stevens, 2010). (p.24).*

De acordo com o Relatório Anual de 2009 do IDT, I.P., existe um acréscimo na responsabilidade das políticas públicas portuguesas, nesta matéria, por via do reconhecimento internacional e do acrescido destaque na imprensa internacional, que desencadeou o interesse de autoridades nacionais de outros países, que se concretizou “numa série de visitas a Portugal para conhecer *in-loco* os resultados da política nacional e a implementação da Lei da Descriminalização”. (p3) que deve ser tido em consideração.

É caso para dizer, que ao que esta área diz respeito, Portugal tem sido notícia por boas razões e o resultado da sua prática está a ser atentamente seguido a nível mundial e, de certo modo, a influenciar as políticas de outros países.





#### **IV – Intervenção nas Dependências**

Apresentadas que estão as principais alterações a nível da organização, chega o momento de abordar os aspetos da intervenção do IDT, I.P.

Apesar das mudanças organizativas, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., conseguiu, em simultâneo, desenvolver a sua intervenção e cumprir com os desígnios da sua missão – promover a redução dos consumos de drogas lícitas e ilícitas, bem como a redução das toxicodependências.

Para operacionalizar os objetivos e estratégias preconizados por cada área de missão, o IDT, IP tem, de acordo com o já referido Regulamento de Organização e Funcionamento do IDT, I.P, via Despacho Normativo n.º 51/2008 de 1 de outubro, os seus serviços desconcentrados, designados por Unidades de Intervenção Local.

Para o presente trabalho importa clarificar estas UIL, a saber: os Centros de Respostas Integradas, as Unidades de Desabituação, as Comunidades Terapêuticas e as Unidades de Alcoologia.

Existem 22 Centros de Respostas Integradas no território nacional.

Organizam-se por equipas técnicas especializadas no âmbito de cada área de missão: a Equipa de Prevenção, a Equipa de Tratamento, a Equipa de Reinserção e a Equipa de Redução de Riscos e Minimização de Danos.

As restantes UIL - Unidades de Desabituação, Comunidades Terapêuticas e Unidades de Alcoologia - encontram-se definidas no website<sup>5</sup> do IDT,I.P. Assim, consideram

As Unidades de Desabituação são estruturas orientadas para internamentos de curta duração para tratamento do Síndrome de Privação em pessoas toxicodependentes que não o conseguem fazer em ambulatório. Por regra os internamentos têm a duração de 7 a 10 dias e podem ir até 20 dias em situações

---

<sup>5</sup> <http://www.idt.pt/PT/Tratamento/Paginas/RedeNacionaldeTratamento.aspx> consultado em 7 de agosto de 2013

de comorbilidade. O IDT, IP dispõe de 4 unidades deste tipo: Porto, Coimbra; Olhão e Lisboa.

As Comunidades Terapêuticas prestam cuidados a toxicodependentes que necessitam de internamento prolongado com apoio psicoterapêutico e socioterapêutico, com o objetivo de promover o seu tratamento e a sua reintegração. Um internamento residencial tem, habitualmente, a duração de 3 a 12 meses, geralmente sem necessidade de medicação. O IDT, IP. dispõe de 3 unidades deste tipo: Matosinhos, Coimbra e Lisboa.

As Unidades de Alcoologia são estruturas especializadas no tratamento de pessoas com problemas ligados ao álcool, disponibilizam serviços de consulta em ambulatório e internamento para desabituação. Existem 3 Unidades de Alcoologia: Porto, Coimbra e Lisboa.

#### **IV.1 - Áreas de Missão**

No âmbito deste trabalho, torna-se premente, ainda que de forma pragmática e sucinta, sistematizar, ao nível da intervenção, a forma como o IDT, I.P., se organizou internamente e se consubstanciou naquilo que designa por “áreas de missão”.

Importa esclarecer que, apesar de encontrarmos definições e áreas concretas de intervenção, do ponto de vista da semântica e da prática, nem sempre é claro e perceptível, para todos, onde acaba a intervenção de uma área e começa a de outra, sendo certo que existe interdisciplinaridade entre todas elas.

No total são cinco as áreas de missão que, em conjunto, trabalham para dar resposta à missão do IDT, I.P. no âmbito da redução da procura de substâncias, a saber: Prevenção, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Reinserção e Dissuasão.

##### **IV.1.1 - Prevenção**

O termo prevenção tão comumente utilizado por várias áreas do saber, da saúde, à segurança, à justiça, entre outras, tem uma delimitação quando nos reportamos à área do uso de substâncias psicoativas. Como afirma Buhringer *et al*, (1998) o conceito de prevenção aplicado ao consumo de substâncias psicoativas refere-se a qualquer ação/atividade que vise diminuir a probabilidade ou adiar o início do consumo de uma substância psicoativa.

De acordo com Becoña (2002), as estratégias no âmbito da prevenção dividem-se em dois grandes grupos – as que se enquadram no âmbito da redução da oferta e as que se enquadram no âmbito da redução da procura. As primeiras têm a ver com as estratégias que se orientam para que haja a menor quantidade possível de substâncias disponíveis e as segundas, reportam-se ao conjunto de estratégias centradas na ação do indivíduo para que este rejeite o mais possível o consumo de substâncias.

Becoña (2002) considera que nos últimos anos a “ciência da prevenção” tem tido uma grande fundamentação e por definição entende-a, como a definiu Martin (1995) “um processo de prossecução de iniciativas tendentes a modificar e a melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando o auto-controlo individual e a resistência colectiva perante a oferta de drogas”. (p.55).

Segundo a UNODCCP (2000) citado por Ferreira-Borges & Filho (2004) “(...) a prevenção visa alterar os determinantes sociais e ambientais e inclui estratégias que desencorajam o início do uso de substâncias e previnem a progressão para um uso mais frequente ou regular entre populações de risco”. (p.243).

Durante muitos anos foi o modelo da saúde pública que vigorou relativamente a esta área, ou seja de prevenção primária, secundária e terciária. A tipologia das intervenções e o léxico dos interventores foi, durante vários anos e ainda hoje, balizado por esta terminologia, que Becoña (2002), sintetiza como “*prevenir, curar y rehabilitar*” (p.71). No seio dos profissionais interventores na área das toxicodependências, por volta de meados da primeira década do novo milénio, começou a tornar-se evidente que o termo de “prevenção primária” estava desenquadrado da complexidade da área e que se teria de preconizar um novo modelo, que é o modelo atual. De acordo com Becoña (2002), a área da prevenção propriamente dita, divide-se em três níveis: prevenção universal, seletiva e indicada, cuja diferenciação se encontra ao nível dos destinatários da intervenção, população em geral, grupos com fatores de risco associados e indivíduos com padrões de risco acentuados ou comportamentos de risco,

respetivamente. O modelo da saúde pública centra a ação na doença, o novo modelo centra a ação no indivíduo.

A adoção desta terminologia, é efetivada e a partir do ano de 2005. O *Relatório Anual Sobre a Situação do País em Matéria de Drogas* (2005), deixa de referir-se à área como “prevenção primária”, passando a referir-se a “Prevenção das Toxicodependências”.

Becoña (2002) elenca cinco tipos de prevenção: escolar, familiar, comunitária, laboral e outras. Por seu lado, Ferreira-Borges & Filho (2004), tipifica seis domínios: individual, familiar, grupos de pares, escolar, comunitário e institucional e meio social/sociedade. A tipificação de ambos os autores reporta-se, essencialmente, aos contextos onde é passível desenvolverem-se as diferentes intervenções, tais como as tipificadas pelo National Institute on Drug Abuse (1997) “*Information and Education Programs, Prevention Education and Skills Training, Programs Tutoring, Programs Mentoring, Programs, Peer-Oriented Programs, Parenting and Family, Skills Training and Counseling Programs, Structured Family, Therapy Programs, Public Awareness Programs and Alternative Programs.*”.

Por fim importa referir que e de acordo com Becoña (2002) “a prevenção não pode ser pontual, tem que ser mantida no tempo. Não pode orientar-se para solucionar uma crise pontual.”. (p.69).

#### **IV.1.2 - Tratamento**

Sobre esta área muito haveria para analisar e refletir. De forma sucinta e de acordo com o IDT, IP<sup>6</sup>, a área de missão do tratamento “constitui um dos pilares fundamentais da ação estratégica do IDT, IP. na diminuição dos riscos e das consequências dos consumos de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas” e baseia-se nos seguintes pressupostos

---

<sup>6</sup> <http://www.idt.pt/PT/Tratamento/Paginas/ObjetivosTratamento.aspx> consultado em 8 de agosto de 2013

Garantir, a toda a população que o deseje, acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas;  
Disponibilizar uma oferta diversificada de Programas de Tratamento e de Cuidados, contemplando uma vasta gama de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e pela evidência científica;  
Promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados ao nível dos Programas e Intervenções Terapêuticas.

Tem como principais objetivos: “Reduzir o uso da substância até atingir a abstinência; Reduzir a frequência e a severidade das recaídas; Melhorar o funcionamento psicológico e social, promovendo a completa reinserção<sup>7</sup>.”.

De acordo com o Expert Committee on Drug Dependence/WHO, (1998,2000), citado por Ferreira-Borges & Filho (2004),

o termo ‘tratamento’ diz respeito ao ‘processo que tem início quando os indivíduos que abusam de substâncias psicoativas entram em contacto com um prestador da saúde ou com qualquer outro serviço comunitário, e que pode continuar através de uma sucessão de intervenções específicas até que seja atingido o mais alto nível de saúde e bem-estar. (p. 286)

Importa esclarecer os tipos de estruturas de tratamento existentes em Portugal: as Unidades Públicas, as Unidades Privadas, Unidades Privadas Convencionadas e as Unidades Privadas não Convencionadas.

As Unidades Públicas, que são o conjunto de unidades que integram a Rede do próprio IDT, IP, consignadas no Regulamento de Organização e Funcionamento do IDT, I.P. As Unidades Privadas são constituídas pelo conjunto de unidades que prestam cuidados de saúde na área da toxicodependência, que mediante o licenciamento atribuído pelo IDT, IP, podem aceitar toxicodependentes para tratamento, de acordo com o Decreto-Lei n.º 16/99 de 25 de janeiro e o Decreto-Lei n.º 13/93 de 15 de janeiro. As Unidades Privadas Convencionadas representam o conjunto de unidades, em que o Estado, através do IDT, IP, após a indicação clínica, garante aos cidadãos as condições de acesso a meios de tratamento, comparticipando nos custos a suportar pelos utentes e respetivas famílias, no decurso dos processos de tratamento realizados nestas unidades. A

---

<sup>7</sup> <http://www.idt.pt/PT/Tratamento/Paginas/ObjetivosTratamento.aspx> consultado em 8 de agosto de 2013

Rede Nacional de Unidades de Tratamento inclui as Comunidades Terapêuticas, as Clínicas de Desabilitação e os Centros de Dia.

A articulação do estado com as unidades convencionadas, encontra-se devidamente legislada no Despacho Conjunto n.º 18683/2008 de 14 de julho, onde se fixam o conjunto de requisitos a observar no estabelecimento das convenções entre o Estado, através do IDT, I. P, e as unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, tendo em vista o apoio ao tratamento de pessoas toxicodependentes e alcoólicas.

As Unidades Privadas não Convencionadas reportam-se ao conjunto de unidades licenciadas pelo IDT, IP. mas que não foram objeto de convenção.

Como referido anteriormente, as equipas de tratamento incluem-se nas unidades públicas e estão inseridas nos CRI. Definem-se como unidades que “(...) prestam cuidados globais às pessoas com problemas de dependência e seus envolventes, em regime ambulatorio, individualmente ou em grupo.”<sup>8</sup> E incluem diferentes valências, nomeadamente, “(...) consultas de abordagem bio-psico-social; apoio psicoterapêutico com diferentes modelos conceptuais; consultas médicas; programas terapêuticos com agonistas de opiáceos ou com antagonistas de opiáceos; consultas destinadas a públicos-alvo específicos, nomeadamente crianças e jovens, grávidas e doentes com patologia mental concomitante, famílias – incluindo filhos de pessoas toxicodependentes; consultas de enfermagem e grupos de suporte terapêutico.”<sup>8</sup>

#### **IV.1.3 - Redução de Riscos e Minimização de Danos**

Se a discussão semântica relativa à terminologia do termo prevenção é agitada, o conceito da área de missão da redução de riscos e minimização de danos (RRMD), suscita igualmente muita discussão e controvérsia. Indo ao encontro do pragmatismo, subjacente à génese desta área e de acordo com o conceito da Presidência de Conselho de Ministros (2001), esta área ” refere-se às medidas

---

<sup>8</sup> <http://www.idt.pt/PT/Tratamento/Paginas/RedeNacionaldeTratamento.aspx> consultado em 10 de agosto de 2013

que visam limitar ou prevenir os malefícios ligados ao consumo de droga, mais do que ao consumo em si mesmo.” (p.29) com o objetivo de conseguir o mais baixo nível global de efeitos nocivos possível.

Baulenas (1998 cit. in [www.idt.pt](http://www.idt.pt)) refere

O termo *Harm Reduction*, que traduzido literalmente significa redução de danos, quando passou a ser utilizado em França, definiu-se prioritariamente como *Réduction des Risques*, sendo que os documentos e estudos suíços seguem a mesma terminologia. No entanto, os canadianos optaram pelo termo *Réduction des Dommages*, numa linha de conceptualização inglesa que se inclina mais para o conceito de dano. Em Espanha, optou-se maioritariamente pela tradução literal inglesa, utilizando o termo *Reducción de Daños* e, às vezes indistintamente, *Reducción del Daño y Riesgo*.

No contexto específico da toxicodependência, reduzir os riscos está habitualmente relacionado a “uma filosofia de ação educativa e sanitária sem juízo de valor prévio sobre uma determinada conduta.” (Baulenas,1998 cit. in [www.idt.pt](http://www.idt.pt)). Considera então que a intervenção em redução de riscos e minimização de danos será uma

atividade centrada na comunidade local, cuja finalidade é entrar em contacto com indivíduos ou grupos pertencentes a populações-alvo específicas, que não se conseguem atingir ou contactar eficazmente pelos serviços existentes ou pelos canais convencionais de educação em matéria de saúde.

A leitura de diversos documentos legais que sustentam a existência desta área de missão sublinha a necessidade de intervenção, junto de populações específicas de consumidores/utilizadores de substâncias psicoativas que não estão a ser abrangidos pelos serviços convencionais. É relevante a tomada de consciência da desvinculação desta população relativamente aos serviços de saúde, também sublinhada por Andrade et al. (2007),

Olhando para além do espelho, constatou-se também em Portugal que uma parte importante da população dependente de drogas, com consumos problemáticos, não se deslocava aos serviços de tratamento e/ou quando o fazia não prosseguia o percurso de tratamento, mantendo-se em muitos casos, numa situação de marginalidade. (...) a Redução de Riscos e Minimização de Danos é uma abordagem eminentemente pragmática e humanista. Segundo este tipo de intervenção, o olhar dos técnicos centra-se na forma não valorativa nos comportamentos de consumo dos utentes, bem como o estilo de vida entretanto desenvolvido por estes como forma de sustentar o seu hábito. (p. 10)

O paradigma da intervenção em RRMD assenta em quatro pressupostos fundamentais: o pragmatismo, a abordagem humanista, a não imposição da abstinência e a proximidade. (Carapinha, 2009).

O pragmatismo reconhece que o consumo de substâncias tem existido desde sempre na história da humanidade. Assume que, apesar de consumir drogas acarretar riscos, também tem alguns benefícios na perspetiva de quem as consome. Salienta, assim, a necessidade de ter abordagens que não se cinjam ao abandono dos consumos.

A abordagem humanista foca-se na liberdade e igualdade de direitos de todos os seres humanos, defendendo, inclusivamente os direitos dos consumidores. Considera que a decisão de consumir drogas deve ser respeitada e as intervenções devem estar desprovidas de juízos morais.

A abstinência não deve ser imposta aos consumidores visto que muitos utilizadores de drogas, em determinado momento, podem não estar preparados, nem considerar que essa é a melhor resposta. Considera-se que se o consumidor não quiser abdicar do seu consumo, deverá beneficiar de respostas de redução de danos. (Carapinha, 2009).

O modelo de intervenção desta área tem como pilar, uma intervenção de proximidade, junto de indivíduos com inúmeros problemas psicossociais e em contextos de grande mutabilidade e imprevisibilidade. Por conseguinte, orienta-se pelos seguintes princípios estratégicos: Cidadania, Relação, Participação Educação para a saúde acessibilidade aos Serviços de saúde e sociais.

#### Cidadania

Criar condições que permitam ao indivíduo uma estruturação de vida com o mínimo de dignidade, ou seja, reconhecer o utilizador de drogas como um todo, o que implica reconhecer-lhe uma dignidade, uma humanidade enquanto indivíduo desenvolvendo assim uma consciência de cidadania.

#### Relação

Restaurar o valor da comunicação potenciando um espaço de liberdade, de compreensão, de aceitação e de escuta com o outro pelo que, não sendo uma relação terapêutica tradicional, deverá privilegiar o estabelecimento de uma relação próxima de ajuda construída numa base de confiança, respeito mútuo e confidencialidade.

#### Participação



Constituir modelos de negociação como processo essencial para chegar a uma intervenção que seja satisfatória e exequível para todas as partes envolvidas (técnicos, grupo-alvo, traficantes, população em geral, parceiros, entre outros).

Educação para a Saúde

Focar o interesse do indivíduo consumidor de drogas, habitualmente centrado nas substâncias e no seu uso, na noção de saúde, procurando promover a alteração de comportamentos de risco e hábitos de consumo.

Acessibilidade aos Serviços de Saúde e Sociais

Promover o acesso do indivíduo aos serviços de saúde e sociais estabelecendo e promovendo uma articulação concertada de forma a facilitar o relacionamento do indivíduo com estes serviços.<sup>9</sup>

Por fim, importa referir o Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho, que no art.º 1 que dá cobertura legal “à criação de programas e de estruturas sócio-sanitárias destinadas à sensibilização e ao encaminhamento para tratamento de toxicodependentes bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência.”. Por via deste decreto-lei são reguladas, no art.º3º as seguintes estruturas sócio-sanitárias: “a) Gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar; b) Centros de acolhimento; c) Centros de abrigo; d) Pontos de contacto e de informação; e) Espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas; f) Programas de substituição em baixo limiar de exigência; g) Programas de troca de Kits de seringas; h) Equipas de rua; i) Programas para consumo vigiado.”

#### **IV.1.4 - Reinserção**

Esta área de missão compreende todo o conjunto de intervenções desencadeadas junto dos indivíduos que têm um percurso de dependência provocada pelo uso de substâncias psicoativas. De acordo com o IDT, I.P.<sup>10</sup>,

traduz-se cada vez mais em abordagens sistémicas, que encaram o indivíduo como um todo, e que procuram atuar ao nível das dimensões em carência que constituem obstáculos a percursos de integração sustentados e duradouros. Os sistemas sociais aparecem neste âmbito como uma dimensão que pode potenciar e facilitar os processos de inserção dos indivíduos em Reinserção. O caminho

---

<sup>9</sup> <http://www.idt.pt/PT/ReducaoDanos/Paginas/Principios.aspx> consultado em 10 de agosto de 2013

<sup>10</sup> <http://www.idt.pt/PT/Reinsercao/Paginas/AreasIntervencao.aspx> consultado em 10 de agosto de 2013

parece basear-se numa lógica onde a intervenção tenha em conta as causas efetivamente associadas a estes fenómenos, procurando estratégias globais, que contemplem as diversas dimensões da realidade dos atores e dos sistemas sociais e que atuem estruturalmente nos problemas dos indivíduos e das sociedades.

Ló (2007) refere que “pensar o fenómeno da toxicodependência sem contemplar a integração social traduz uma abordagem parcelar, que não reflecte as reais preocupações teóricas e estratégicas do paradigma em torno do uso e abuso de drogas” (p. 25). Salienta a importância da reinserção no próprio processo de tratamento, afirmando que a “reinserção social afigura-se fundamental no processo de tratamento. Enquanto forma de prevenção da recaída, permite ao indivíduo perspectivar-se no futuro e é uma etapa basilar na aquisição e reacquirição de aptidões sociais, pessoais e profissionais” (p.21).

No âmbito do trabalho desenvolvido e conforme o Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR) do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP, (2009), na área da Reinserção procurou-se

adequar as estratégias de intervenção a cada situação individual, tendo em conta o grau de exclusão e a severidade da dependência em que o utente se encontra, a natureza da substância psicoactiva que consome bem como o meio em que se encontra inserido. A articulação entre as diferentes áreas de missão implicadas nos processos de reabilitação dos utentes afigura-se como um factor inalienável nas intervenções integradas, só assim se conseguindo satisfazer as necessidades de desenvolvimento do indivíduo, potenciando os recursos disponíveis e adequando-os às intervenções definidas como necessárias. (p.4)

Assim, a reinserção passa por um intervenção que permita, conforme evidencia Ló (2011), “(...) a reparametrização das rotinas quotidianas e das práticas sociais dos indivíduos em tratamento, para uma nova abordagem de funcionamento, de que o uso e abuso de drogas não fazem parte.” (p.55).

#### **IV.1.5 - Dissuasão**

Por último, uma referência breve à área de missão da dissuasão, que é resultante da aprovação da Lei n.º 30/2000, que descriminalizou o consumo de drogas em Portugal. No entanto o consumo de drogas continua a ser ilegal, enquadrando-se no âmbito das contraordenações. A operacionalização do dispositivo da dissuasão, é efetuado pelas Comissões de Dissuasão para a Toxicodependência

(CDT). Estas CDT têm abrangência distrital e a sua intervenção é dirigida para o encaminhamento dos consumidores/utilizadores para tratamento e reinserção social.

Apesar de a área da dissuasão ter um dispositivo próprio para a sua intervenção, as CDT, trabalham articuladamente com os CRI, que atuam ao nível das outras quatro áreas de missão. Esta articulação é facilitada pelo fato de ambos, CDT e CRI, estarem sob a alçada de um mesmo organismo – o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

#### **IV.2 - PORI – Plano Operacional de Respostas Integradas**

Como já referido anteriormente, durante o ano de 2006, o então IDT, inicia um novo ciclo estratégico ao nível da intervenção. Começa a conceção e a consequente implementação do PORI – Plano Operacional de Respostas Integradas, à escala nacional, alicerçado na elaboração de diagnósticos rigorosos de base territorial, da realidade relacionada com o consumo de substâncias psicoativas, por forma a identificar, caracterizar e sustentar as necessidades de cada território.

Procurando dar resposta ao preconizado no Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicodependências de 2005, nomeadamente ao objetivo de contribuir para “reduzir de forma significativa o consumo de drogas entre a população e diminuir os efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde, causados pelo consumo e tráfico de drogas ilícitas.” (p. 4), o PORI (IDT, 2007) tem como objetivos:

- Construir uma rede global de respostas integradas e complementares, no âmbito da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção;
- Aumentar a abrangência, a acessibilidade, a eficácia e a eficiência das intervenções, dirigindo-as a grupos específicos;
- Desenvolver um processo de melhoria contínua da qualidade da intervenção através do reforço da componente técnico-científica e metodológica;
- Aumentar o conhecimento sobre o fenómeno dos consumos de substâncias psicoactivas;
- Promover a realização de intervenções coerentes e sustentáveis no tempo. (p. 10 e 11).

Tendo por base o Relatório Anual de 2006 do IDT, os princípios estratégicos que servem de referência à implementação deste plano são “a parceria, a participação, a integração, a territorialidade e o *empowerment*”. (p.91)

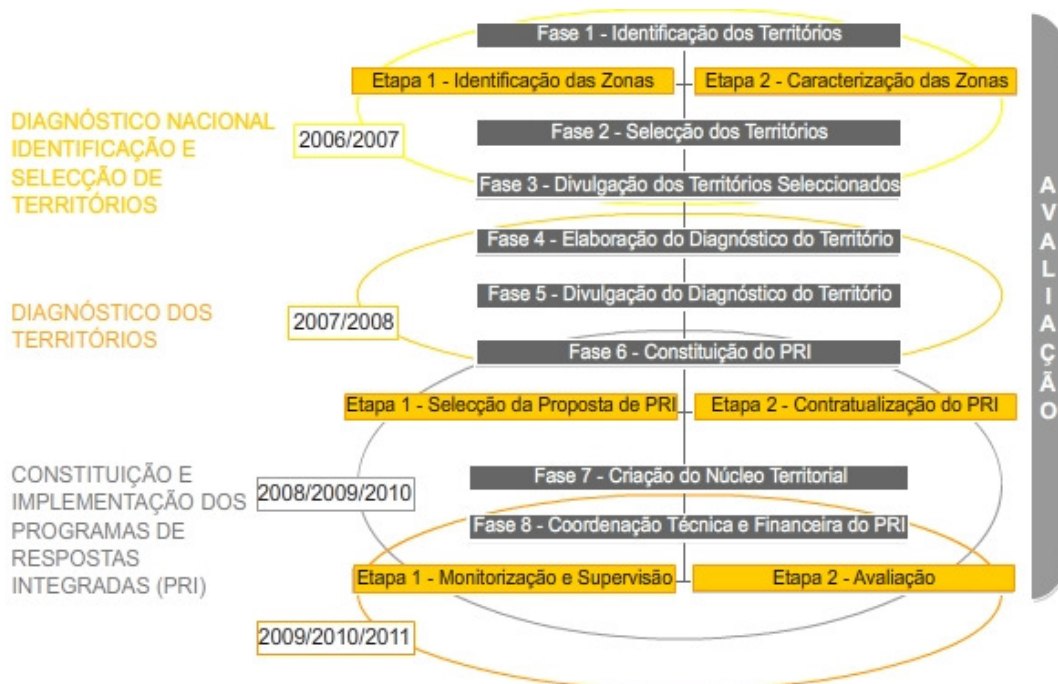
### Ilustração I - Quadro de Orientação Estratégica do PORI



Fonte: <http://www.idt.pt/PT/PORI>

A operacionalização do PORI iniciou-se em 2006, cumprindo o plano definido de acordo com as diferentes fases, como se constata na ilustração seguinte.

## Ilustração II - Esquema Operacional do PORI



Fonte: <http://www.idt.pt/PT/PORI/Paginas/Operacionalizacao.aspx>

Inicia-se uma mudança de “paradigma” na intervenção em dependências. Através da implementação de Programas de Respostas Integradas (PRI), de base territorial. Agiliza-se uma nova abordagem, com o objetivo de reorganizar, em parceria com as entidades locais, as intervenções existentes, por forma a rentabilizar/maximizar os recursos disponíveis e agilizar procedimentos para ultrapassar as áreas lacunares detetadas.

Neste âmbito, importa referir a Portaria n.º 131/2008 de 13 de fevereiro, do Ministério da Saúde, que vem regulamentar “as condições de financiamento público que constituem os Programas de Respostas Integradas (PRI)”. Estabelece ainda que os PRI “poderão ser constituídos por projectos ou intervenções com ou sem apoio financeiro directo por parte do Estado.”.

Entendemos oportuno apresentar uma definição de PRI. De acordo com o Documento de Apoio do Grupo de Apoio à Coordenação do PORI, do Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2006/2007 “Entende-se por PRI uma intervenção que integra respostas interdisciplinares, de acordo com alguns ou todos os eixos (prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e

reinserção) e que decorre dos resultados do diagnóstico de um território identificado como prioritário.” (p.8)

### Ilustração III - Programa de Respostas Integradas



Fonte: <http://www.idt.pt/PT/PORI/Paginas/Enquadramento.aspx>

A implementação do PRI visa organizar ou potenciar as intervenções existentes num território identificado como prioritário. Na eventualidade de se ter identificado, em sede de diagnóstico, as chamadas “áreas lacunares”, isto é, necessidades de intervenção no território, é aberto procedimento concursal nuns casos, ou idealizada uma ação, ou mais, com os recursos existentes no território. Estão assim criadas as condições para a implementação do PRI.

Os PRI são implementados pelos Núcleos Territoriais (NT), de acordo com a fase 7 do PORI. Estes Núcleos Territoriais são compostos por entidades parceiras, públicas e/ou privadas, que conjuntamente com as estruturas locais do IDT, IP, nomeadamente os CRI, operacionalizam as ações idealizadas por forma a cumprir os objetivos delineados.

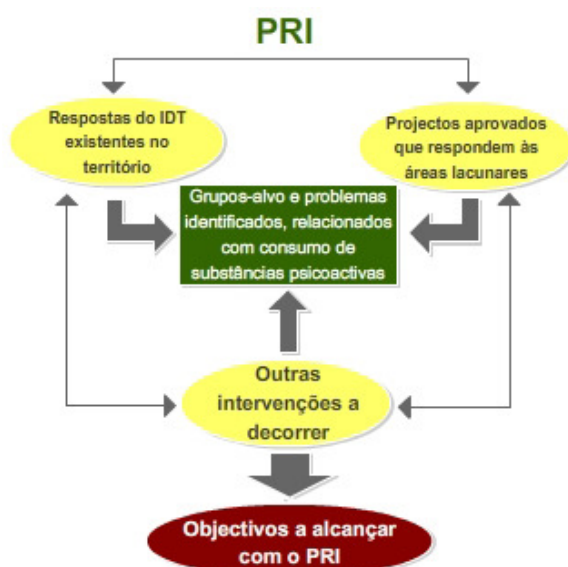
## Ilustração IV - Constituição do Núcleo Territorial



Fonte: <http://www.idt.pt/PT/PORI/Paginas/Enquadramento.aspx>

O Núcleo Territorial procede, ainda, à elaboração do Planeamento do PRI de acordo com a ilustração V.

## Ilustração V - Planeamento do PRI



Fonte: <http://www.idt.pt/PT/PORI/Paginas/Operacionalizacao.aspx>





## **V – Enquadramento Atual da Intervenção em Dependências**

Dado o período de elaboração da presente dissertação, de novembro de 2012 a outubro de 2013, entendemos oportuno elencar as últimas alterações que ocorreram, ainda que o período de análise a que reporta esta dissertação seja o período que decorreu entre dezembro de 2006 e meados do ano de 2011.

Em junho de 2011, ocorreram eleições legislativas em Portugal. Com a tomada de posse do novo elenco governativo, inicia-se um processo de reformas na administração pública. Como já referido, a reforma que teve implicações na temática abordada por esta dissertação foi o PREMAC - Plano de Redução e Melhoria da Administração Central<sup>11</sup>.

Fruto dessa reforma, ficou preconizado, ao nível do Ministério da Saúde, a extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP, e a consequente criação de uma Direção Geral - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). Integraram-se as Unidades de Intervenção Local – Centros de Respostas Integradas, Comunidades Terapêuticas, Unidades de Desabilitação e Unidades de Alcoologia – nas Administrações Regionais de Saúde (ARS). De acordo com o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 124 de 29 de dezembro de 2011, ao SICAD compete o “planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoactivas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na diminuição das dependências, (...) cometendo-se às Administrações Regionais de Saúde, I. P., a componente de operacionalização das políticas de saúde.”.

Por via do Decreto-Lei n.º 17 de 26 de janeiro é regulamentada a nova Direção Geral – O SICAD, com as atribuições referidas, ficando o Diretor-Geral, por inerência, o Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência, de acordo com o n.º 1 do artigo 4º.

No decurso do processo regulamentar, por via do Decreto-Lei n.º 22 de 30 de janeiro de 2012, no art.º 14, fica estabelecido uma disposição transitória em que

1 — As unidades de intervenção local do extinto Instituto da Droga e Toxicodependência, I. P., com a estrutura e competências previstas nos artigos

---

<sup>11</sup> Conselho de Ministros de 20 de julho de 2011.

1.º e 9.º dos Estatutos do Instituto da Droga e Toxicodependência, I. P., aprovados em anexo à Portaria n.º 648/2007, de 30 de Maio, alterada pela Portaria n.º 925/2010, de 20 de Setembro, e nos artigos 6.º a 14.º do Despacho Normativo n.º 51/2008, de 15 de Setembro, mantêm -se, transitoriamente, até 31 de Dezembro de 2012, no âmbito da organização interna das ARS, I. P., com jurisdição no respectivo âmbito territorial.

Seguidamente, através da Portaria n.º 164 de 22 de maio de 2012, são aprovados os estatutos da ARS Centro, IP, onde se define a organização interna desta estrutura e se mantém, no artigo 2º, a norma transitória de

1 — A organização interna da ARSC, I. P. integra, transitoriamente:

- a) As unidades de intervenção local do extinto Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., nos termos do artigo 14.º do Decreto -Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro;
- b) Uma equipa multidisciplinar para a área da coordenação da intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, em articulação com as orientações nacionais emanadas pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), que terá a duração de doze meses, contados a partir da entrada em vigor do presente diploma

Em 7 de janeiro de 2013, por via do Despacho n.º 251 é declarado concluído o processo de extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP, com efeitos a 31 de dezembro de 2012.

Através da Portaria n.º 213 de 27 de junho de 2013, é feita a primeira alteração aos estatutos da ARS Centro, IP, onde é criada a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, alínea f) do artigo 1º. É ainda aditado o artigo 10.º onde ficam plasmadas as atribuições e competências dessa divisão.

No decurso deste período temporal, importa referir ainda dois documentos legais, o Decreto-Lei n.º 50 de 16 de abril de 2013 e o Decreto-Lei n.º 54 de 17 de abril de 2013. O primeiro relaciona-se com as alterações legislativas ao “regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público.”, e o segundo, diz respeito ao “regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e o comércio das novas substâncias psicoativas.”.

Relacionado com a intervenção em dependências, importa ainda destacar, no ano de 2013, três documentos estruturantes que irão orientar a intervenção no futuro: a Avaliação Externa do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências

2005-2012, a Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências e o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020.

Cumprindo os quesitos preconizados na Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (1999), e depois de realizada a avaliação externa em 2004 pelo INA, é efetuada, em 2013 a avaliação externa, desta vez, pela entidade *Gesaworld*, do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005–2012. Esta avaliação foi apresentada em janeiro de 2013. No cômputo geral, a avaliação foi extremamente positiva, visto que o preconizado PNLCD

(...) apostou por uma reorientação nas áreas de missão (redução da procura e da oferta) com vista a otimizar os resultados em termos de avaliação mostraram que a implementação do PNCDT permitiu responder às recomendações emanada na avaliação externa da ENLCD as quais foram incluídas no PNCDT. (p.30)

Para esta dissertação entendemos ser pertinente apresentar as recomendações efetuadas para o futuro. Para o novo ciclo estratégico, entendem que

(...) deve-se afiançar a eficácia, eficiência e qualidade logradas ao nível do planeamento, desenvolvimento e avaliação das intervenções evitando retrocessos em relação à situação geral atingida e descrita nesta avaliação. O alargamento do leque de intervenção para a área dos comportamentos aditivos e dependências é uma opção estratégica pertinente que deverá traduzir-se na adequação de respostas para a abordagem da temática. (p.30)

Esta avaliação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e as Toxicodependências, preconiza nove recomendações para o futuro:

- 1) A manutenção da coordenação, a nível nacional, da política no âmbito das substâncias psicoativas e álcool e respetiva evolução para coordenação dos comportamentos aditivos e dependências;
- 2) O planeamento adequado das intervenções baseado na periódica atualização dos diagnósticos de necessidades, de forma harmonizada e participada a nível regional e local, tendo em consideração a ampliação do objecto para intervenção em comportamentos aditivos e dependências;
- 3) A existência de uma oferta e carteira de serviços diversificada, adaptada à introdução de outros comportamentos aditivos e dependências, garantindo-se a coerência das intervenções e a equidade no acesso às respostas do território;
- 4) Consolidação do sistema de acompanhamento, monitorização e avaliação das intervenções, estabilizando os indicadores e otimizando os sistemas de registo e *report*;
- 5) O impulso de um modelo global de gestão da qualidade das intervenções, programas e projectos;
- 6) A manutenção das estratégias de cooperação e articulação a nível nacional e internacional;

- 7) O fomento das ações de investigação, formação e informação/sensibilização dos profissionais, com especial enfoque nos profissionais não especializados na abordagem dos comportamentos aditivos e dependências;
- 8) O desenvolvimento da área da comunicação a nível nacional e internacional sobre a política e experiência portuguesa no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, potenciando a divulgação de boas práticas e dos resultados obtidos;
- 9) O financiamento adequado. (p. 31)

Em maio de 2013 é aprovada a Rede de Referenciação/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, com a finalidade de “promover o acesso dos doentes aos cuidados e serviços de que efetivamente necessitam, bem como sustentar o sistema integrado de informação interinstitucional” (p. 5), no cenário da “nova arquitectura institucional”, uma vez que se entende ser de primordial importância a “definição e implementação de um sistema que regule, (...), as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as entidades intervenientes no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências” (p.5). Ficam plasmadas neste documento, as formas de articulação de todos os serviços que operam na esfera dos comportamentos aditivos e dependências. De salientar que no âmbito da criação desta rede de referenciação se tem em conta uma

(...) visão global, compreensiva e integrada dos comportamentos aditivos e das dependências, nela está englobada a Rede de Referenciação /Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool, elaborada em 2011 pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. em colaboração com as Administrações Regionais de Saúde, I.P. (p.5)

Por último, referir que, em finais do mês de agosto, foi apresentado o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Seguir-se-á o período de um mês de discussão pública, em que poderão ser apresentadas propostas de alteração e findo esse prazo, e após a aprovação governamental, será este documento que balizará as intervenções e respetivas metas do país, no âmbito desta política pública. Este Plano “(...) proporciona o quadro político global e as prioridades do Estado Português em matéria de CAD e será operacionalizado através de dois Planos de Ação de 4 anos, designadamente 2013-2016 e 2017-2020.”. (p.6)

## **ESTUDO EMPÍRICO**

### **I – Delimitação, caracterização do estudo e metodologia de análise**

Como referimos, em 2006, ocorre a decisão da tutela de integrar a intervenção dos problemas ligados ao álcool no IDT e, no segundo semestre de 2011, inicia-se o PREMAC. Assim, estabelecemos como período temporal de análise o final ano de 2006 e meados do ano de 2011.

Como objetivo pretendemos estudar o impacto da integração das competências dos Centros Regionais de Alcoologia no Instituto da Droga e da Toxicodependência, nomeadamente na resposta aos problemas ligados ao álcool (PLA) das Unidades de Intervenção Local da Delegação Regional do Centro. Pretendemos concretamente, indagar as mudanças organizativas que ocorreram nas diferentes áreas de missão, os constrangimentos apontados, as vantagens encontradas, os obstáculos criados e os mecanismos encontrados para solucionar as eventuais dificuldades.

Como objetivos específicos, pretendemos enumerar as mudanças organizacionais decorrentes da integração das competências dos CRA no IDT; avaliar, junto dos responsáveis das unidades de intervenção local, quais as implicações da integração do álcool na sua intervenção; identificar as mudanças decorrentes da integração das competências dos CRA na intervenção das áreas de missão do IDT,IP. e definir os aspetos a melhorar da intervenção nos problemas ligados ao álcool.

Para atingir os objetivos, considerámos como questão de partida a seguinte: Quais as implicações da integração do álcool no Instituto da Droga e da Toxicodependência, em particular na intervenção das equipas das Unidades de Intervenção Local?

As Hipóteses formuladas foram:

- A integração das competências dos Centros Regionais de Alcoologia no Instituto da Droga e da Toxicodependência favoreceu a resposta em dependências.
- O Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool permitiu a implementação clara de uma rede de referenciação.
- Apesar de as estruturas organizativas terem sido agregadas, ainda se continua a separar a área da toxicodependência e a área dos problemas ligados ao álcool.

A metodologia utilizada para a realização da dissertação assentou numa revisão da literatura, incluindo os diplomas legais e documentos técnico-normativos, por forma a perceber a consequência e a sequência das alterações organizativas no âmbito da temática das dependências. Centrou-se numa abordagem qualitativa, especificamente, uma análise concreta da realidade das, eventuais, mudanças no âmbito da ação das Unidades de Intervenção Local da Delegação Regional do Centro do IDT, IP. recorrendo à entrevista aos Diretores das UIL da DRC e ao Delegado Regional do Centro do IDT, IP, por forma a recolher a sua interpretação sobre o tema em causa.

Optámos pelo método da entrevista, pois, e de acordo com Quivy & Campenhoudt (1992), entende-se que “correctamente valorizados, estes processos permitem ao investigador retirar das suas entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados.” (p.193). Limitámos a amostra aos dirigentes, por forma a indagar a sua perceção sobre as mudanças processuais e operacionais que a temática acarretou. Assim, fundamenta-se a opção pelo método da entrevista de acordo com o referido por Quivy & Campenhoudt (1992), este método é o mais adequado quando

A análise do sentido que os actores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situação conflituosas ou não, as leituras que fazem das suas próprias experiências, etc. (p.196/197).

Ou ainda, como refere Bogdan & Bilken (1994)

Podem constituir a estratégia dominante para a recolha de dados ou podem ser utilizadas em conjunto com a observação participante, análise de documentos e outras técnicas. Em todas as situações, a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.” (p. 134).

De acordo com Quivy & Campenhoudt (1992), “Em investigação social, o método das entrevistas está sempre associado a um método de análise de conteúdo.” (p.196). Assim, o método que vamos utilizar após a realização das entrevistas é a análise de conteúdo que, segundo Bardin (2009), consiste num “(...) conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (p.44)

De forma a tornar perceptível o conteúdo vertido nas entrevistas, utilizaremos a análise de conteúdo categorial. A categorização, segundo Bardin (2009)

(...) é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos. (p.145)

## **II - A organização subjacente ao objeto de estudo**

Para prosseguir, entendemos ser pertinente uma caracterização pormenorizada da DRC, IP e de cada uma das suas UIL.

Como já referido anteriormente, o Decreto-Lei n.º 212/2006, no seu artigo 20.º, transforma o antigo Instituto da Droga e da Toxicodependência em Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público. Dando sequência ao cumprimento dos procedimentos legais, no ano de 2007, através do Decreto-Lei n.º 221/2007 de 29 de maio, afirma o legislador “(...) Impõe-se, por isso, a manutenção, na tutela do Ministério da Saúde, de um organismo dedicado,

exclusivamente, ao estudo e ao combate daquele fenómeno, no seu sentido mais amplo.”.

O mesmo Decreto-Lei define nos seus artigos 1.º e 2.º, a “natureza” e a “jurisdição territorial e sede” do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. Assim, o IDT, IP é um instituto público, sob a administração direta do estado, na dependência do Ministério da Saúde, com autonomia administrativa e com património próprio. Tem abrangência nacional, dispondo de serviços centrais com sede em Lisboa e de serviços desconcentrados – as Delegações Regionais.

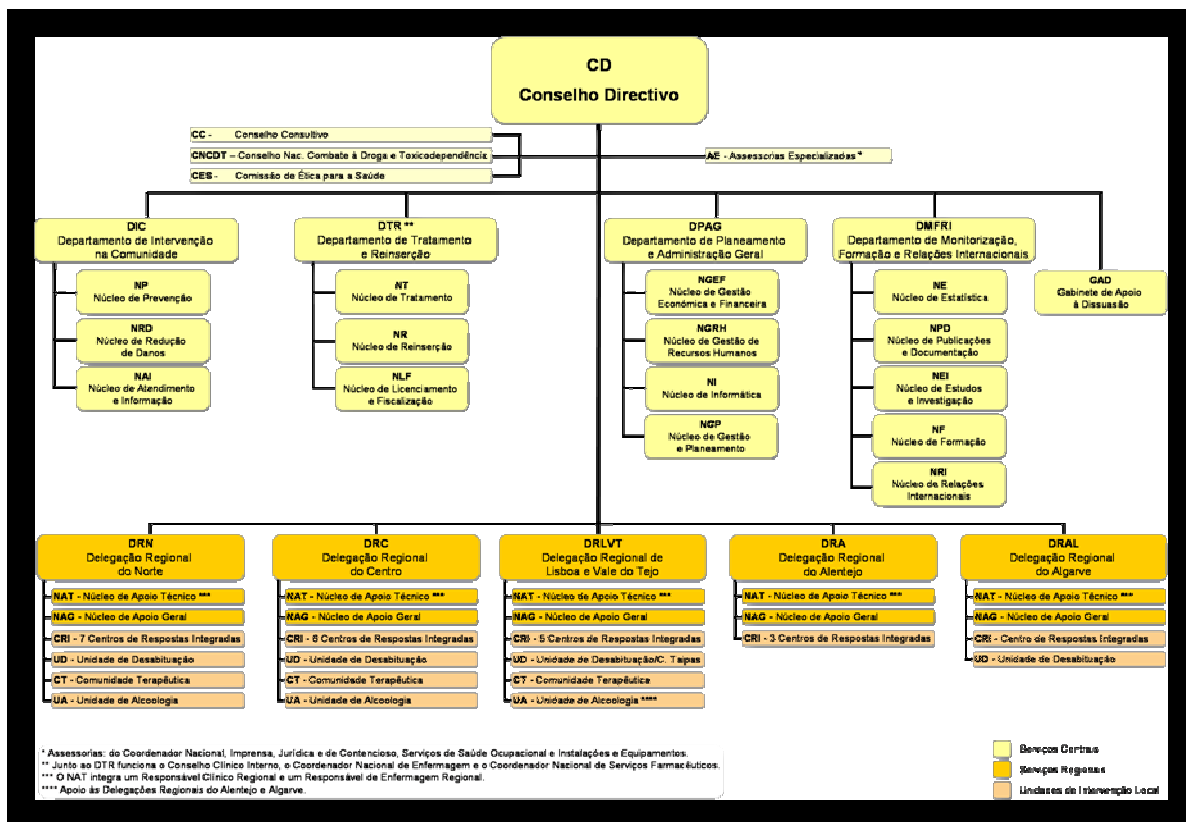
Fica assim estabelecido a existência de dois patamares ao nível do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP – os serviços centrais e os serviços desconcentrados, as cinco delegações regionais.

Como já referido na pág. 43 da presente dissertação, o IDT, IP. na sua orgânica interna e de acordo o n.ºs 1, 5 e 6 do artigo 1.º da Portaria n.º 648/2007 de 30 de maio, é composto, para além dos Serviços Centrais e das Delegações Regionais, pelas unidades de intervenção local – os Centros de Respostas Integradas, as Unidades de Desabilitação, as Comunidades Terapêuticas e as Unidades de Alcoologia.

Apresentamos, de seguida, a estrutura organizacional do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP após a publicação da Portaria n.º 648/2007 de 30 de maio.



## Ilustração VI - Estrutura organizacional do IDT, IP



Fonte: Relatório de Atividades do IDT, IP 2007

Para concluir o percurso de enquadramento legal, e como já apontado anteriormente, importa, referir o Despacho Normativo n.º 51/2008 de 1 de outubro. Este documento é o *Regulamento de Organização e Funcionamento do IDT, I.P.*, que clarifica o modo como se organizam os Departamentos dos Serviços Centrais, as Delegações Regionais e as respetivas UIL.

Para a presente dissertação, importa esclarecer o funcionamento das DR e das UIL.

Assim, e de acordo com o Regulamento Interno de organização e Funcionamento do Instituto da Droga e da Toxicod dependência, IP, a Delegação Regional do Centro, integra para além do órgão de gestão, um Núcleo de Apoio Técnico (NAT) e um Núcleo do Apoio Geral (NAG). De acordo com o artigo 5.º do despacho referido, cada um deles constituído por diferentes equipas. Entende-se oportuno,

esclarecer o conteúdo funcional de cada um, para melhor se perceber as atividades desenvolvidas.

Ao NAT e de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º compete:

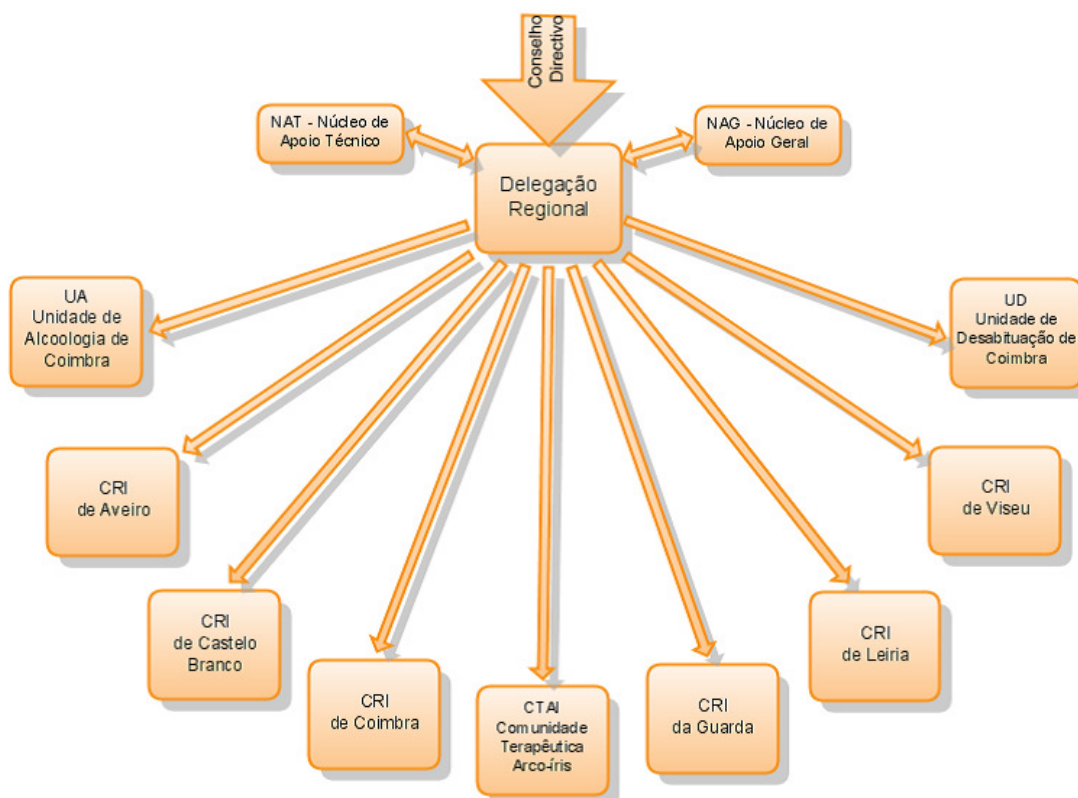
- a) Elaborar os relatórios anuais e preparar os planos de actividades anuais plurianuais da Delegação Regional;
- b) Identificar as necessidades formativas dos profissionais da região, elaborando o respectivo Plano de Formação, e planificar, executar e avaliar as acções de formação dirigidas interna e ou externamente;
- c) Assegurar a implementação e adequado funcionamento dos procedimentos e meios de recolha de dados e desenvolver estudos ou investigações que permitam apurar indicadores evolutivos de caracterização da população -alvo do IDT, I.P., das intervenções que realiza e dos respectivos resultados;
- d) Colaborar na produção de instrumentos e materiais de apoio ou divulgação da acção do IDT, I.P.;
- e) Emitir pareceres sobre propostas de implementação de projectos emanados das Unidades de Intervenção Local ou de outras organizações públicas ou privadas que se candidatem a apoios do IDT, I.P., e acompanhar e ou supervisionar a respectiva execução.

Por sua vez ao NAG, compete, de acordo com o n.º 3 do artigo 5.º:

- a) Assegurar todos os actos administrativos e de planeamento tendentes a uma correcta e funcional gestão dos recursos humanos e, em especial, organizar serviços de apoio técnico comuns que respondam às solicitações das Unidades de Intervenção Local, sempre que estas não disponham de meios próprios;
- b) Participar na preparação das propostas orçamentais e assegurar a elaboração de contas, em articulação com os Serviços Centrais;
- c) Assegurar o expediente necessário ao pagamento das remunerações e abonos diversos ao pessoal, em articulação com os Serviços Centrais;
- d) Promover a aquisição de bens e serviços necessários ao bom funcionamento da Delegação Regional, em articulação com os Serviços Centrais;
- e) Assegurar a recepção, classificação, distribuição, expedição e arquivo de correspondência;
- f) Cuidar da conservação, limpeza e manutenção das instalações e equipamentos;
- g) Gerir o respectivo contingente de viaturas;
- h) Manter actualizado o inventário geral dos bens afectos à Delegação Regional;
- i) Assegurar as operações de natureza administrativa relacionadas com o desenvolvimento das actividades da Delegação Regional;
- j) Assegurar a correcta gestão do parque informático, promovendo a sua actualização, bem como assegurar a manutenção dos equipamentos e gestão de hardware.

A DRC agrega toda a atividade desenvolvida pelas suas Unidades de Intervenção Local no território correspondente à NUT II, correspondendo a um total de 78 concelhos.

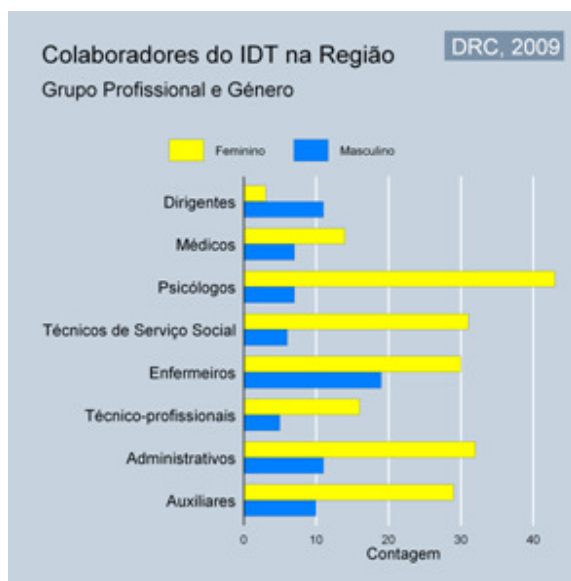
## Ilustração VII - Organização da DRC



Fonte: <http://www.idt.pt/PT/DelegacoesRegionais/Centro/Paginas/Apresentacao.aspx>

No ano de 2009, a DRC tinha ao seu serviço um conjunto de 280 colaboradores. Estes colaboradores encontravam-se distribuídos nos serviços de apoio à gestão, ao NAT e ao NAG – serviços inerentes ao funcionamento da Delegação Regional - e ainda, pelas Unidades de Intervenção Local: os seis CRI, a Unidade de Desabilitação, a Comunidade Terapêutica Arco – Íris e a Unidade de Alcoologia. O conjunto destes 280 colaboradores era composto por um leque de várias formações académicas, a grande maioria com formação na área típica da saúde – medicina, psiquiatria, psicologia clínica e enfermagem, mas também por outras da área das ciências sociais e humanas – economia, gestão, sociologia, serviço social, psicopedagogia, política social, entre outras.

## Ilustração VIII - Colaboradores da DRC em 2009



Fonte: <http://www.idt.pt/PT/DelegacoesRegionais/Centro/Paginas/Apresentacao.aspx>

Importa apresentar, agora, cada uma das Unidades de Intervenção Local.

Como referido anteriormente, os CRI, de acordo com o número 1 do artigo 7.º, do Despacho Normativo n.º 51/2008 de 1 de outubro, são:

estruturas locais de cariz operativo e de administração, referenciados a um território definido e dispondo de equipas técnicas especializadas para as diversas áreas de missão, englobando as unidades, recursos e estruturas do IDT, I.P., dedicadas ao tratamento, prevenção, reinserção e redução de danos do respectivo território.

Assim, os seis CRI estruturam-se de forma igual, com equipas especializadas no âmbito das áreas de missão do IDT, IP, com mais ou menos recursos, consoante a população e o território em que exercem a sua atividade, e que se encontra definido no número 1 do artigo 14.º do Despacho Normativo referido.

O Centro de Respostas Integradas de Aveiro, tem como âmbito territorial os concelhos de Águeda, Albergaria -a -Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Mealhada, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos. Tem uma equipa especializada por área de missão. A Equipa de Tratamento efetua a sua intervenção em regime de ambulatório.

O Centro de Respostas Integradas de Castelo Branco, tem como âmbito territorial os concelhos de Belmonte, Castelo Branco, Covilhã, Fundão, Idanha-a-Nova, Mação, Oleiros, Penamacor, Proença-a-Nova, Sertã, Vila de Rei e Vila Velha de Ródão. Para além de uma equipa especializada nas áreas de missão da Prevenção, da Reinserção e da Redução de Riscos e Minimização de Danos, tem duas Equipas de Tratamento – a Equipa de Tratamento da Covilhã e a de Castelo Branco. As Equipas de Tratamento efetuam a sua intervenção em regime de ambulatório.

O Centro de Respostas Integradas de Coimbra, tem como âmbito territorial os concelhos de Arganil, Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Góis, Lousã, Mira, Miranda do Corvo, Montemor-o-Velho, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Penacova, Penela, Soure, Tábua e Vila Nova de Poiares. Para além de uma equipa especializada nas áreas de missão da Prevenção, da Reinserção e da Redução de Riscos e Minimização de Danos, tem duas Equipas de Tratamento – a Equipa de Tratamento da Figueira da Foz e a de Coimbra. As Equipas de Tratamento efetuam a sua intervenção em regime de ambulatório.

O Centro de Respostas Integradas de Leiria tem como âmbito territorial os concelhos de Alvaiázere, Ansião, Batalha, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Leiria, Marinha Grande, Pedrógão Grande, Pombal e Porto de Mós. Para além de uma equipa especializada nas áreas de missão da Prevenção, da Reinserção e da Redução de Riscos e Minimização de Danos, tem três Equipas de Tratamento – a Equipa de Tratamento de Leiria, a de Pombal e a da Marinha Grande. As Equipas de Tratamento efetuam a sua intervenção em regime de ambulatório.

O Centro de Respostas Integradas de Guarda tem como âmbito territorial os concelhos de Aguiar da Beira, Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Mêda, Pinhel, Sabugal, Seia e Trancoso. Tem uma equipa especializada por área de missão. A Equipa de Tratamento efetua a sua intervenção em regime de ambulatório.

O Centro de Respostas Integradas de Viseu tem como âmbito territorial os concelhos de Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Mortágua, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, São Pedro do Sul, Santa Comba Dão, Sátão, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu e Vouzela. Tem uma equipa especializada por área de missão. A Equipa de Tratamento efetua a sua intervenção em regime de ambulatório.

A Unidade de Desabilitação de Coimbra, tem atribuída, de acordo com o número 4 do Artigo 6.º, do mesmo Despacho Normativo, a função de “(...) realizar o tratamento de síndromes de privação em doentes toxicodependentes e doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, sob responsabilidade médica, em regime de internamento.”. É uma unidade de internamento de curta duração. Disponibiliza doze camas<sup>12</sup> para o território respeitante à Região Centro, ainda que possa receber indivíduos de outras regiões do país, quando estes não encontram resposta em tempo útil na sua área territorial, de acordo com a informação veiculada no website do IDT <sup>13</sup>.

A Comunidade Terapêutica Arco-Íris, como refere o número 5 do Artigo 6.º, tem atribuída a função de: “(...) prestar cuidados a doentes toxicodependentes e doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool que necessitem de internamento prolongado, com apoio psicoterapêutico e socioterapêutico, sob supervisão psiquiátrica.”. É uma unidade de internamento de longa duração e disponibiliza 12 camas para todo o País.<sup>13</sup>

De acordo com o número 6 do Artigo 6.º, à Unidade de Alcoologia de Coimbra, compete:

“(...) prestar cuidados integrados e globais, em regime ambulatório ou de internamento, sob responsabilidade médica, a doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, seguindo as modalidades de tratamento mais adequadas a cada situação e apoiando as actividades de intervenção dos CRI na área da alcoologia, enquanto unidades especializadas, de referência, com competências de formação específica”.

---

<sup>12</sup> <http://www.idt.pt/PT/DelegacoesRegionais/Centro/Paginas/Apresentacao.aspx> consultado em 12 de agosto de 2013

<sup>13</sup> <http://www.idt.pt/PT/DelegacoesRegionais/Centro/Paginas/RededeServicos.aspx> consultado em 8 de agosto de 2013

É uma unidade de internamento de curta duração que dá resposta ao território de toda a região centro. Disponibiliza, ainda, em regime de ambulatório, um serviço de consultas para indivíduos com problemas ligados ao álcool<sup>14</sup>.

### **III – Entrevista aos dirigentes dos vários níveis da organização**

Entrevistámos os Diretores das UIL da DRC e o Delegado Regional do Centro do IDT, IP, pois, e como já referido, considerámos que tiveram um papel importante na gestão do processo de mudança em análise. São interlocutores únicos e singulares, no processo de mudança em causa e enquadram-se na designação de “testemunhas privilegiadas” referido por Quivy & Campenhoudt (1992). De acordo com os mesmos autores, “A segunda categoria de interlocutores recomendados para as entrevistas exploratórias é a das *testemunhas privilegiadas*. Trata-se de pessoas que, pela sua posição, pela sua acção ou pelas suas responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema.” (p. 69).

No âmbito da administração pública, entendemos que os dirigentes intermédios são parte essencial na implementação dos processos de mudança e concordamos com Toscano (2012), quando refere que

É determinante o modo como um organismo se estrutura para conseguir suscitar e merecer a confiança de todos os que envolve. Esta é a matriz de qualquer mudança. Não se muda só para seguir modas ou para criar a ilusão de que se está a afazer um esforço de transformação. A matriz deve ser sempre o reforço da confiança. Os dirigentes são as pessoas a quem compete fazer com que as organizações funcionem para alcançar os objectivos e obter os resultados que a todos interessa alcançar. (p 235).

Antes de proceder às entrevistas, elaborámos um consentimento informado (Apêndice I) de forma a que os entrevistados dessem autorização de participação neste estudo.

As entrevistas foram realizadas durante a semana de 15 a 20 de setembro do corrente ano.

---

<sup>14</sup> <http://www.idt.pt/PT/DelegacoesRegionais/Centro/Paginas/Apresentacao.aspx> consultado em 12 de agosto de 2013





#### **IV – Instrumento de Análise**

Com o intuito de recolher informação relativa ao objetivo desta dissertação - estudar o impacto da integração das competências dos Centros Regionais de Alcoologia no Instituto da Droga e da Toxicodependência, nomeadamente na resposta aos problemas ligados ao álcool das Unidades de Intervenção Local (UIL) da Delegação Regional do Centro – elaborámos três guiões de entrevista, que foram estruturados com perguntas convergentes, para os dirigentes da DRC do IDT, IP. Um guião direcionado aos Diretores de CRI (Apêndice II), que permitisse, além da validação das hipóteses, explorar a integração dos PLA na intervenção específica dos CRI, nas suas diferentes áreas de missão, permitindo avaliar o impacto, os constrangimentos e vantagens da mudança e percecionar eventuais necessidades, dificuldades, melhorias ganhos, que decorreram do processo.

Um guião destinado aos Diretores da CTAI, UD e UA (Apêndice III). Apesar do guião ser o mesmo, visto que os três serviços são unidades de internamento, distingue-se a resposta do Diretor da UA visto que, ao contrário dos outros, a intervenção da UA destinava-se e, apesar da integração continua a ter como destinatários os cidadãos com PLA. Este guião aborda, essencialmente, as mudanças decorrentes do processo de integração, quer ao nível organizacional, quer da especificidade da intervenção.

Um guião para o Delegado Regional (Apêndice IV) cujas perguntas incidem na visão holística da integração dos PLA nas UIL da região centro, na avaliação do impacto, dos constrangimentos e das vantagens da mudança e na forma como os serviços que coordenava geriram a mudança.

Como já referimos, formulámos três hipóteses para esta dissertação. Para a eventual validação da primeira hipótese - A integração das competências dos Centros Regionais de Alcoologia no Instituto da Droga e da Toxicodependência favoreceu a resposta em dependências - elaborámos um conjunto de questões. Delineámos uma questão com o intuito de perceber que mudanças foi necessário introduzir no quotidiano dos serviços, quais as vantagens e os constrangimentos

inerentes ao processo de integração da intervenção nos Problemas Ligados ao Álcool. Elaborámos uma outra questão, que permitisse auscultar a opinião do entrevistado relativamente aos possíveis ganhos na resposta do serviço ao cidadão. Procedemos ainda à elaboração de uma outra questão de forma a possibilitar uma avaliação global, por parte do entrevistado, do processo de integração do álcool na intervenção já existente, indicando as mudanças e impactos mais significativos.

Para a recolha de informação relativa à hipótese dois - O Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool permitiu a implementação clara de uma rede de referenciação- elaborámos a seguinte questão: Considera que o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 permitiu a implementação clara de uma rede de referenciação?

Para coligir informação relativa à terceira hipótese - Apesar de as estruturas organizativas terem sido agregadas, ainda se continua a separar a área da toxicod dependência e a área dos problemas ligados ao álcool – elaborámos duas questões. Uma questão solicitando ao entrevistado que aponte as diferenças que a integração do álcool implicou, nomeadamente nas atividades/ações referentes às áreas de missão – prevenção, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção. A outra questão pedindo ao entrevistado que se posicione relativamente à conclusão ou não do processo de integração nas Unidades de Intervenção Local e à manutenção de abordagens diferenciadas.

Este conjunto de questões compõe o guião destinado aos Diretores de CRI.

Na elaboração do guião para o Delegado Regional, adaptámos o questionário às competências de coordenação regional atribuídas à função de Delegado Regional.

Assim, optámos por fazer uma pequena alteração à pergunta número um, solicitando ao entrevistado que aponte as vantagens e constrangimentos que a decisão de integrar a intervenção nos Problemas Ligados ao Álcool no IDT e a forma como avalia a mudança.

Introduzimos uma nova questão, a pergunta número dois - A integração do álcool nas Unidades de Intervenção Local da DRC provocou alguma resistência por parte dos seus responsáveis? – pois entendemos que seria importante perceber a perceção do responsável regional relativamente ao decurso do processo no âmbito regional.

## **V – Apresentação dos Resultados**

Tendo em conta o resultado das entrevistas efetuadas, passamos a apresentar uma síntese dos conteúdos recolhidos. Entendemos apresentar o resultado das entrevistas, agregando as respostas dos cinco Diretores dos CRI, agregando as respostas dos Diretores da CTAL e da UD, visto serem unidades de internamento cujos destinatários, antes da integração, eram os toxicodependentes. Apresentaremos, em separado, as entrevistas do Delegado Regional e do Diretor da UA pelas especificidades dos interlocutores e dos serviços que representam.

De seguida, passamos a apresentar a síntese agregada das respostas dos Diretores de CRI.

Na questão 1 era feito um enquadramento “Em outubro de 2006, o Instituto da Droga e da Toxicodependência passou a integrar a intervenção nos Problemas Ligados ao Álcool.”. A alínea a) questionava os Diretores sobre quando é que efetivaram a resposta nas respetivas unidades. Os CRI de Aveiro, Guarda, Castelo Branco efetivaram a resposta no ano de 2009. O CRI de Coimbra, numa das suas Equipas de Tratamento efetivou a resposta de imediato, ou seja em 2007, e parcialmente na outra Equipa de Tratamento em 2009. O CRI de Leiria iniciou a resposta no ano de 2008, numa das suas Equipas de Tratamento e alargou em 2009 às restantes equipas.

Relativamente à alínea b), foram interpelados quanto às mudanças que necessitaram de implementar para dar cumprimento a esta deliberação. Todos responderam que não houve necessidade de mudanças significativas. Tiveram

necessidade de motivar os profissionais, de providenciar formação específica na área dos PLA e de reafetar os profissionais às áreas de missão.

A alínea c) solicitava que apontassem as vantagens e os constrangimentos sentidos para cumprirem a deliberação. Ao nível das vantagens apontaram o acesso facilitado e a maior proximidade do serviço ao cidadão; uma maior amplitude na intervenção em comportamentos aditivos por parte de uma equipa especializada; a quebra do estigma, por parte dos serviços, de que não seria possível a coabitação do doente alcoólico com o toxicodependente. Relativamente aos constrangimentos, nomearam as dificuldades internas de articulação intra e entre serviços; o processo moroso e pouco divulgado na opinião pública, o que causou, inicialmente, alguma perturbação no encaminhamento de situações. Um Diretor de CRI referiu o estigma existente, por parte dos alcoólicos em receber tratamento num serviço/equipa conotado com toxicodependentes e a resistência de profissionais perante a intervenção junto da nova população – alcoólicos.

Na alínea d) foram interpelados relativamente à forma como avaliavam a mudança. Afirmaram que, globalmente, a mudança tinha sido positiva, nomeadamente na melhoria de acesso por parte dos cidadãos a um serviço de proximidade, ainda que considerem a necessidade de tornar os processos mais eficientes e efetivos, nomeadamente ao nível da intervenção de cada serviço e melhoria quanto à articulação inter e intra serviços.

À questão 2 “Considera que o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 permitiu a implementação clara de uma rede de referência?”, responderam que esta não foi implementada claramente. Ao nível conceptual, a rede foi efetivamente desenhada e apresentada, mas na sua implementação há, ainda, muito para fazer. Subsistem dúvidas quanto aos circuitos, aos procedimentos, às articulações entre os diferentes serviços de saúde. Faltou divulgação e discussão entre as diferentes entidades que integram a rede.

Relativamente à questão 3 “Considera que a integração do álcool nos CRI favoreceu a resposta ao cidadão?”, todos afirmaram que sim. Referem que permitiu uma resposta de maior proximidade para os problemas dos PLA, os CRI tornaram-se estruturas de maior proximidade; em crescendo foi melhorando a articulação com a UA, para internamento e houve o alargamento dos recursos para internamento prolongado, nomeadamente em Comunidade Terapêutica, até à data da integração, oferta disponibilizada pelo Estado só ao doente toxicodependente.

À pergunta 4 “Tendo em conta as atividades/ações referentes às 4 áreas de missão desenvolvidas na sua unidade, aponte as diferenças que a integração do álcool implicou. a). Prevenção b). Redução de Riscos e Minimização de Danos c). Tratamento d). Reinserção”, referiram que relativamente à área de missão da Prevenção não houve alterações significativas, uma vez que o álcool, enquanto substância, já era trabalhado no âmbito das intervenções preventivas. No que respeita à área da Redução de Riscos e Minimização de Danos, também não houve alterações, pois desde sempre, as intervenções nesta área contemplaram nas suas abordagens os PLA. Relativamente à área do Tratamento, salientaram a introdução da possibilidade que passou a existir de encaminhamento de doentes para a UA e a necessidade de maior articulação com serviços de saúde, nomeadamente com os cuidados primários. Por último, relativamente à área da Reinserção, não houve alterações significativas, mantendo-se igual o referencial de procedimentos.

Na questão 5, pretendíamos perceber a opinião dos Diretores de CRI relativamente à conclusão do processo de integração do álcool nas Unidades de Intervenção Local e à persistência ou não de abordagens diferenciadas. Quatro Diretores de CRI afirmaram claramente que não é um processo concluído. Um Diretor afirmou que, do ponto de vista formal, é um processo concluído. Todos responderam que persistem abordagens diferenciadas. Dois Diretores entenderam que, na área do tratamento, a existência de diferentes abordagens, nomeadamente as diferentes intervenções terapêuticas, são pertinentes e enriquecem o processo de intervenção.

Na última questão “Fazendo uma avaliação global do processo de integração do álcool na intervenção já existente, considera que, globalmente, esta mudança foi positiva ou negativa? Quais as mudanças mais significativas? Quais os impactos mais significativos?”, os entrevistados referiram todos que a mudança foi positiva. Como mudanças mais significativas, identificaram a capacitação dos diferentes técnicos em termos de formação em PLA, que diluiu os receios iniciais aquando da decisão de integração dos PLA e permitiu uma resposta multidisciplinar; mudança em termos do acompanhamento disponibilizado ao doente alcoólico e respetiva família, em termos de reinserção social, que até à integração não era tão intensivo. A nível dos impactos mais significativos, consideraram os ganhos na acessibilidade e no acompanhamento de proximidade para os doentes com PLA; a diluição crescente do estigma do “serviço para drogados” e a pacífica coabitação entre alcoólicos e toxicodependentes.

Apresentamos, de seguida, a síntese das entrevistas aos Diretores da CTAI e da UD.

A pergunta 1, “Em outubro de 2006, o Instituto da Droga e da Toxicodependência passou a integrar a intervenção nos Problemas Ligados ao Álcool.”, a alínea a) questionava os Diretores sobre as mudanças que tiveram de implementar para cumprir a deliberação. Responderam que a adaptação processou-se ao nível do tratamento farmacológico em que foram introduzidos, mais medicamentos com adequação ao tratamento do alcoolismo e a adaptação das técnicas terapêuticas. A participação, em formação específica, de todos os técnicos do serviço para intervenção nesta área; a inclusão, nos critérios de admissibilidade, de cláusulas que fossem consequentes com o tratamento e reabilitação de doentes com PLA e a adaptação do programa terapêutico para inclusão de doentes PLA.

Na alínea b) que solicitava que apontassem vantagens e constrangimentos da integração, pudemos, através das respostas dos entrevistados, enumerar as seguintes vantagens: a integração dos comportamentos aditivos em abordagens terapêuticas complementares e diversificadas e o aumento da diversidade de tipologias de dependência que fomentou uma cultura institucional de abrangência aos diferentes tipos de dependência. Como constrangimentos podemos salientar

a convivência do doente alcoólico primário com doentes com consumos de outras substâncias; os interesses locais tornarem-se fator de impedimento do desenvolvimento e implementação de uma estratégia focalizada, nomeadamente no que reporta a procedimentos de encaminhamento, orientação e acompanhamento especializado de doentes PLA e a falta de recursos humanos nas Unidades Locais poder inviabilizar a implementação de estratégias consequentes com a especificidade da intervenção em PLA.

“Como avalia a mudança?” era a alínea c) da entrevista aos Diretores da CTAI e da UD. Consideraram que, por um lado, foi positiva a integração da problemática do álcool num organismo que englobasse todas as adições, independentemente da configuração e fatores sócio culturais. No entanto, afirmaram que a integração das Unidades de Alcoologia no IDT, processou-se de forma incorreta, pois o processo iniciou-se de forma administrativa, antes da integração funcional, tendo em conta que as abordagens dos antigos “CRA” sobre os PLA contemplavam principalmente uma visão de abstinência total, com técnicas muito vocacionadas para a abstinência e de base essencialmente sócio cultural, pouco adaptadas a outras estratégias mais diferenciadas e diversificadas. Consideraram que é, portanto, uma “digestão” por fazer. Afirmaram que o processo em causa foi sofrendo diversas interferências internas e externas que impediram ou retardaram a sua consolidação e maturação organizacional, colocando em causa a sua viabilidade.

À pergunta 2 “Considera que o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 permitiu a implementação clara de uma rede de referência?”, os Diretores referiram que a implementação da rede de referência ainda não é clara na prática organizacional, bem como ao nível da sociedade civil, coexistindo ainda diferentes conceções no formato de acesso aos cuidados. Entenderam que não se tem verificado uma verdadeira articulação entre as diversas unidades de saúde, devido à separação funcional existente que apenas poderá ser ultrapassada com definição clara de competências, níveis de intervenção e modelos adotados, o que está muito longe do conhecimento dos profissionais de saúde das unidades de saúde. Pontuaram, ainda, que continuam

a existir várias entidades públicas e privadas a desenvolverem em simultâneo uma intervenção, sem uma clara definição da hierarquia de cuidados.

“Considera que a integração do álcool no IDT favoreceu a resposta ao cidadão?” apresentava-se como a terceira questão da entrevista à qual os Diretores destas Unidades entenderam responder afirmativamente. Consideraram que a integração favoreceu a resposta ao cidadão no aspeto da acessibilidade, talvez mais rápida em relação ao primeiro contacto com os serviços de saúde. Salientaram que o cidadão tem à sua disposição um dispositivo mais abrangente e tecnicamente bem preparado, não apenas na diversidade e disponibilidade territorial, mas também ao nível da especialização técnica dos serviços. Ressalvaram, no entanto, que a subsistência de alguns interesses locais, bem como a existência de canais civis informais não favorece essa resposta, pelo contrário, pode fomentar confusão, pela duplicação de esforços, e criar constrangimentos na acessibilidade aos cuidados.

Na pergunta 4, pretendia-se perceber se os Diretores consideravam que a integração do álcool nas UIL era um processo concluído ou continuavam a persistir abordagens diferenciadas. Os entrevistados referiram que o processo não está acabado e que existem diferenças nas abordagens. Consideraram que será necessário uma integração funcional dos serviços mesmo que para tal tenha de haver maior contacto entre os técnicos ao nível das unidades locais.

Perante a última pergunta “Fazendo uma avaliação global do processo de integração do álcool na intervenção já existente, considera que, globalmente, esta mudança foi positiva ou negativa? Quais as mudanças mais significativas? Quais os impactos mais significativos?”, os Diretores consideraram que a mudança é, globalmente, positiva, trazendo ganhos para ambos os serviços envolvidos. Remeteram, no entanto, para os aspetos enumerados ao longo da entrevista, de forma a salientar que a integração necessita de ajustes e consolidações.

Passamos a apresentar a síntese da entrevista ao Delegado Regional da DRC.

Na questão 1 era feito um enquadramento “Em outubro de 2006, o Instituto da Droga e da Toxicodependência passou a integrar a intervenção nos Problemas Ligados ao Álcool.”. Na alínea a) que solicitava a apresentação de vantagens e



constrangimentos deste processo, o entrevistado assinalou como principais vantagens uma maior coerência e integração no planeamento concertado e nas intervenções no âmbito das dependências, nomeadamente na prevenção e tratamento, com eliminação de redundâncias e atividades desenvolvidas em paralelo; uma melhor utilização dos recursos disponíveis, com maior polivalência, eficiência e, portanto, também com imediata expansão e alargamento das duas redes pré-existentes; o alargamento claro da rede dedicada aos PLA, que passaram a poder contar com uma sub-rede de proximidade composta pelas equipas locais do IDT, para além das ex-unidades de intervenção no álcool que, funcionando numa segunda linha, como unidades de referência, também passaram a ter maior possibilidade de se especializarem mais; o alargamento das possibilidades de incremento dos esforços de reinserção nas intervenções dedicadas aos dependentes de álcool; os benefícios para profissionais do ex-IDT e do ex-CRA, com alargamento da sua esfera de ação a problemas de dependência anteriormente fora do seu âmbito de atuação; os ganhos em conhecimento, pelas possibilidades acrescidas de troca interna de experiências e abordagens, conhecimentos, estratégias e técnicas, desenvolvidas independentemente nos dois sistemas (que, anteriormente mal se conheciam ou sequer comunicavam); os benefícios financeiros e gestionários decorrentes da eliminação de um *back-office* e de uma de duas cadeias de comando e aprovisionamento; o benefício na gestão de recursos humanos com o alargamento, nos dois sistemas unidos, das facilidades de afetação de pessoal e transferências entre unidades antes estanques e, por último, os benefícios para todos os numerosos doentes com problemas simultaneamente nas esferas da dependência ou abuso de álcool e substâncias ilícitas com muito maior segmentação de respostas de acordo com as suas necessidades e apoio de proximidade sobretudo na esfera social.

Como constrangimentos do processo de integração foram focadas as resistências pessoais nos dois lados do novo sistema sobretudo ligadas ao medo inicial de dissolução, perda ou descaracterização de identidade técnica ou até de especificidade funcional; a necessidade de refazer cadeias de comando, gestão, supervisão funcional, aprovisionamento e ainda com a normalização de

processos; os constrangimentos financeiros, relacionados sobretudo com a necessidade de suprimento e regularização de dívidas pré-existentes nas unidades de alcoologia e com a necessidade de passar a ter de financiar unidades e equipas adicionais de grande dimensão, praticamente sem reforço orçamental compensatório; o receio do estigma - resistências por parte dos doentes alcoólicos, sobretudo relacionadas com o receio de passarem a ser assistidos nos mesmos locais e, por isso, também passarem a ser socialmente (des)considerados como uns “vulgares toxicodependentes”.

Na alínea b) da pergunta 1 questionávamos “Como avalia a mudança?”. O Delegado Regional referiu que a mudança efetuada e os seus resultados reais representaram um extraordinário progresso organizacional e funcional, sem precedente nos decénios anteriores e que permitiu rejuvenescer, atualizar e relançar dois sistemas e modelos de intervenção que se encontravam em situação de grave impasse técnico e organizacional e totalmente esgotados.

Na questão 2 - A integração do álcool nas Unidades de Intervenção Local da DRC provocou alguma resistência por parte dos seus responsáveis? – o entrevistado considerou que não, referindo que as únicas resistências percebidas e que se manifestaram de molde a, pontualmente, até perturbarem o decurso da integração ou a bloquearem o acesso a doentes com problemas exclusivamente ligados ao álcool, apenas se verificaram ao nível de meros técnicos da vertente de tratamento numa das Equipas de Tratamento, felizmente localizada numa cidade com oferta abundante de alternativas de acesso mais especializado que retiraram qualquer impacto e relevância a essas atitudes de rejeição de “fundamentalistas das drogas ilícitas”.

À pergunta “Considera que o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 permitiu a implementação clara de uma rede de referenciação?” o Delegado Regional referiu que sim, visto que pela primeira vez se construiu uma verdadeira rede, com integração horizontal e vertical interna e face ao restante SNS que perspetivava a assistência aos cidadãos com problemas decorrentes do uso ou abuso ou uso inoportuno de álcool centrada na gravidade e natureza dos problemas manifestos e necessidades identificadas dos

utentes dos serviços. No entanto, entende que, por “razões que desconhece, tal rede, caracterizada exaustivamente a nível nacional, acabou por, até hoje, não ver a luz do dia, ficando na gaveta”.

Na questão 4 - Considera que a integração do álcool no IDT favoreceu a resposta ao cidadão? – o entrevistado respondeu que sim, evidenciando as razões já expostas, mas apenas até 2011.

À pergunta 5 “Considera que a integração do álcool nas Unidades de Intervenção Local é um processo concluído ou continuam a persistir abordagens diferenciadas?”. O Delegado Regional entendeu que “é um processo completamente falhado. Justifica que as quebras de coordenação funcional foram tão fortes que se deu um verdadeiro retrocesso neste aspeto. O que hoje em dia acontece, acontece apenas por voluntarismo espontâneo de um ou outro técnico. Perspetiva até que, para consumir o divórcio entre ex-CRA e ET, se faça a integração dos primeiros na rede de saúde mental”.

A última questão - Fazendo uma avaliação global do processo de integração do álcool na intervenção já existente, considera que, globalmente, esta mudança foi positiva ou negativa? Quais as mudanças mais significativas? Quais os impactos mais significativos? – foi respondida afirmando que foi positivo enquanto durou. Considera que não durou o suficiente para se tornar uma realidade sustentada e de necessidade evidente de modo a aprofundar-se no futuro sem novas e drásticas medidas de *reshaping* institucional e estratégico.

Por último, apresentamos a síntese da entrevista do Diretor da Unidade de Alcoologia.

Relativamente à pergunta 1 – “Em outubro de 2006, o Instituto da Droga e da Toxicodependência passou a integrar a intervenção nos Problemas Ligados ao Álcool. - cuja alínea a) questionava as mudanças que necessitou implementar. O entrevistado referiu que no âmbito da sua unidade e decorrente da legislação em vigor, a integração no IDT implicou uma significativa redução das responsabilidades diretas da sua unidade. Manteve a responsabilidade pelo tratamento de dependentes alcoólicos da região centro (embora acessível a utentes de todo o país) e a levar a cabo investigação e atividades formativas, mas

em relação a outras áreas de missão do IDT passou a colaborar com a DRC e nalguns casos com os Departamentos Nacionais, sem ter a responsabilidade direta pelas mesmas.

A alínea b) solicitava que elencasse vantagens e constrangimentos do processo de integração, elencando o entrevistado as seguintes vantagens: a importância de passar a estar integrado numa estrutura de âmbito nacional, que fazia uma coordenação global de todas as atividades relativas aos vários aspetos dos problemas ligados às dependências. Referiu que antes da integração havia desvantagens na regionalização excessiva na definição, por exemplo, das estratégias de prevenção. O facto de não haver articulação efetiva entre serviços que tratavam dependências diferentes era também uma desvantagem; o facto de integrar uma grande instituição nacional revelou-se particularmente útil na melhoria de equipamentos nomeadamente na informatização do serviço, nos equipamentos telefónicos e outros, na disponibilização de novas ferramentas de gestão, numa nova dinâmica de participação nas estratégias nacionais nesta área e no alargamento de perspetivas; a postura, a competência, a colaboração da equipa dirigente da DRC e a coesão, entusiasmo e competência que soube imprimir à equipa de dirigentes locais desta delegação regional foram sem dúvida o aspeto que maior importância teve neste processo. A liderança da DRC, a boa relação com todos os departamentos da DRC e a partilha constante de informação de planeamento, de estratégias e de atitudes entre os dirigentes dos CRI foi a mais importante mais-valia; a boa relação com a direção do IDT e a solicitação do *know-how* dos profissionais da UA nos assuntos específicos do álcool também foi um contributo muito positivo para o processo; a garantia da manutenção da autonomia técnica contribuiu muito para a continuação de um bom trabalho na Unidade.

Como constrangimentos, o entrevistado elenca três: a desconfiança e insegurança dos profissionais da Unidade de Alcoologia face ao novo caminho; a indisponibilidade da anterior direção do Centro Regional de Alcoologia para liderar a equipa neste processo de integração que transmitiu a noção de uma grande perda de importância deste serviço e de uma desqualificação do seu papel na luta

contra os PLA; o desconhecimento prévio do funcionamento do IDT e também deste em relação à instituição CRA.

A alínea c) da pergunta 1 questionava como avalia a mudança, o entrevistado responde que considera que foi muito positiva, considerando que os mecanismos comportamentais nas dependências são muito semelhantes e o *know-how* dos profissionais das várias estruturas não era suficientemente partilhado e por isso foi positivo que todos os serviços passassem a integrar o mesmo Instituto, sendo que os policonsumos são uma realidade crescente e não há já a compartimentação entre o consumo de álcool e o de outras substâncias que existia anteriormente.

Relativamente à pergunta 2 - “Considera que o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 permitiu a implementação clara de uma rede de referência?”, o entrevistado referiu que o Plano permitiu a construção de uma rede de referência mas ainda faltava muito para que a sua efetiva implementação desse frutos no terreno. No entanto, o alargamento da colaboração com outras áreas de atividade e outras instituições com importância para a dimensão dos PLA foi muito significativo.

Na questão 3 – “Considera que a integração do álcool no IDT favoreceu a resposta ao cidadão?”, referiu que sim, considerando que o facto de passarem a estar disponíveis mais competências nos serviços de proximidade permitiu uma resposta mais adequada aos cidadãos com necessidade de cuidados nesta área. A articulação entre profissionais permitiu descentralizar as respostas, o que é sempre positivo e mais ainda num país em profunda crise económica como é Portugal atualmente.

À questão 4 – “Considera que a integração do álcool nas Unidades de Intervenção Local é um processo concluído ou continuam a persistir abordagens diferenciadas?”, o entrevistado respondeu que não é um processo concluído. Nem deveria ser um processo concluído no sentido de deixar de haver abordagens diferenciadas. Entendeu que devem existir abordagens diferenciadas em vários sentidos, uma vez que os graus de gravidade diferentes no estado de

doença dos cidadãos afetados com problemas de saúde ligados ao álcool, por dependência e por todo o restante conjunto de perturbações causadas pelo álcool (familiares, sociais, laborais, entre outras) requerem abordagens mais ou menos “intensas”. Até do ponto de vista técnico há liberdade para alguma diferença entre programas de tratamento, por exemplo ao nível da psicoterapia. No entanto, referiu que o mais importante é que a evidência científica produzida pela mais séria investigação, mostra que as intervenções mais eficazes são a farmacoterapia com aconselhamento, as teorias cognitivo-comportamentais e a intervenções breves em contexto dos hospitais gerais. A eficácia comparativa dos vários programas terapêuticos não é significativa e portanto é admissível uma diversidade relacionada com a formação base dos técnicos. Isso não exclui a necessidade de haver *guidelines* que deem coerência à intervenção.

Relativamente à última questão “Fazendo uma avaliação global do processo de integração do álcool na intervenção já existente, considera que, globalmente, esta mudança foi positiva ou negativa? Quais as mudanças mais significativas? Quais os impactos mais significativos?”, respondeu que é uma avaliação claramente positiva. A nível das mudanças mais significativas, referiu que a integração permitiu alargar a oferta a um maior número de pessoas, permitiu uma rentabilização de recursos e do *know-how* dos técnicos das UIL. A nível do impacto, apontou a melhoria no acesso a tratamento, nomeadamente a indivíduos com dificuldades económicas, um acompanhamento mais frequente e de maior proximidade e ainda, a partilha de conhecimentos entre todos os técnicos (os que vinham só do álcool e os que vinham só do IDT).

## **VI – Discussão dos Resultados**

Após a apresentação da síntese das entrevistas, iremos proceder à análise de conteúdo das mesmas, usando para tal, a análise categorial.

Como descrito no quadro seguinte, definimos quatro dimensões – mudanças, vantagens, constrangimentos e impactos – fazendo corresponder três categorias

a cada uma delas. A frequência definida teve por base o número total de entrevistados, sendo o n=9.

## Quadro II – Análise categorial das entrevistas

Dimensões	Categorias		Frequência (n)	Percentual (%)
Mudanças	Técnicos	Necessidades	7	78%
	Formação		8	89%
	Articulação		8	89%
Vantagens	Acesso e proximidade à resposta	Melhorias	6	67%
	Resposta integrada		9	100%
	Gestão de serviços		4	44%
Constrangimentos	Dificuldade de articulação	Dificuldades	7	78%
	Estigma		4	44%
	Resistência		3	33%
Impactos	Acessibilidade	Ganhos	6	67%
	Diminuição do estigma		5	56%
	Partilha de conhecimentos		3	33%

Fonte: Elaboração própria

Na dimensão referente às *mudanças*, pudemos verificar a existência de três categorias. A categoria dos *técnicos* foi referenciada por 78% dos entrevistados, salientando a necessidade de reafetação e motivação dos técnicos para intervirem nos PLA. Oito entrevistados salientaram a necessidade de disponibilizar *formação* específica aos profissionais de forma a poderem dar resposta à nova população. Relativamente à terceira categoria identificada, -a *articulação*-, foi referida por 89% dos entrevistados. Evidenciou-se a articulação que, necessariamente, passou a haver entre os CRI, a UD e a CTAI com a Unidade de Alcoologia e também com outros serviços da esfera dos cuidados primários. Sobressai da análise desta dimensão o conjunto de necessidades

suscitadas a diferentes níveis, reafetação de recursos, formação de técnicos e articulação entre serviços.

Na segunda dimensão identificada como *vantagens*, registámos três categorias. A categoria do *acesso e proximidade à resposta* foi referida por 6 entrevistados, identificando uma melhoria na acessibilidade dos cidadãos ao serviço e também a disponibilização de um serviço de maior proximidade. Todos os entrevistados, identificaram a *resposta integrada* como vantagem do processo, na medida em que permitiu “(...) *uma maior coerência e integração no planeamento concertado e nas intervenções no âmbito das dependências, (...) com eliminação das redundâncias e atividades desenvolvidas em paralelo*”, referido na entrevista do Delegado Regional. Permitiu, ainda, “(...) *uma maior amplitude na intervenção dos comportamentos aditivos por parte de uma equipa técnica especializada;(...)*” como se constata na entrevista dos Diretores de CRI. Um dos entrevistados sublinha o facto de se ter integrado numa única estrutura, de âmbito nacional, o que permitiu uma coordenação global das atividades relativas aos diferentes aspetos relacionados com as dependências.

No que respeita à categoria da *gestão de serviços*, 44% dos entrevistados considerou que com a integração houve melhorias ao nível da gestão dos serviços, nomeadamente com a fusão de dois sistemas de *back-office* num só, o que permitiu rentabilizar recursos humanos, financeiros e logísticos. Da análise desta dimensão ficam perceptíveis as melhorias apontadas pelos entrevistados, melhorias na acessibilidade, melhoria na gestão de recursos, melhoria na coordenação das atividades.

Na dimensão referente aos *constrangimentos*, foi possível identificar três categorias. Na categoria relativa às *dificuldades de articulação*, 78% dos entrevistados referiu terem existido dificuldades internas e externas de articulação. Estas dificuldades foram essencialmente sentidas nas UIL que tiveram de alargar a sua intervenção - os CRI, a UD e a CTAI -, uma vez que a Unidade de Alcoologia manteve a sua intervenção exclusivamente direcionada para o cidadão com PLA. Foi ainda pontuado, algumas dificuldades na articulação



com outros serviços da esfera dos cuidados primários, muito por falta de divulgação da “nova” oferta descentralizada para os cidadãos com PLA. Quatro entrevistados sublinharam como constrangimento o *estigma* existente junto dos doentes alcoólicos em serem assistidos nas mesmas estruturas que os toxicodependentes, quer pelo facto de terem de conviver com os dependentes de outras substâncias, quer pelo receio que tinham de passarem a ser socialmente (des)considerados como uns “vulgares” toxicodependentes. Na categoria da *resistência*, 3 entrevistados referiram as resistências por parte de alguns profissionais, dos dois lados do sistema, que tinham um receio inicial de uma eventual dissolução, perda ou descaracterização de identidade técnica ou até de especificidade funcional. Ressalta da análise desta dimensão o teor das dificuldades elencadas pelos entrevistados, dificuldades ao nível da articulação entre serviços, dificuldades suscitadas pela resistência de alguns profissionais e o estigma associado ao serviço de toxicodependentes.

Na última dimensão que identificámos, a dos *impactos*, verificámos a existência de três categorias. A categoria da *acessibilidade* foi salientada por 67% dos entrevistados, que entenderam que houve ganhos na acessibilidade por parte dos cidadãos com PLA, por via da descentralização da resposta. Cinco entrevistados salientaram que houve uma *diminuição do estigma* associado ao serviço, assistindo-se a “(...) *uma diluição crescente do estigma do ‘serviço para drogados’ e à pacífica coabitação entre alcoólicos e toxicodependentes*”, como explicitado nas entrevistas dos Diretores. Por último, identificámos a categoria da *partilha de conhecimentos* entre técnicos, referenciada por 3 entrevistados. A aproximação de técnicos, com a crescente articulação entre os serviços, foi permitindo troca de experiências e o alargamento de conhecimentos dos mesmos em ambas as áreas. A análise desta dimensão evidencia os ganhos registados pelos entrevistados, ganhos ao nível da acessibilidade, na diminuição do estigma e na partilha de conhecimentos entre os diferentes técnicos.

Após a análise de conteúdo, passamos a apresentar a análise de outros conteúdos que consideramos relevantes para a presente dissertação.

Da análise da informação recolhida, verificámos que a decisão de integrar a intervenção dos PLA no IDT data de 2006, sendo que a resposta foi efetivada em diferentes momentos nos CRI. Das nove ET dos cinco CRI, sete efetivaram a resposta em 2009, uma em 2007 e outra em 2008. No cômputo geral, houve um período de dois anos e meio até à efetivação da resposta nos CRI.

Verificámos também que não houve resistência por parte do conjunto dos responsáveis das UIL da DRC relativamente ao processo de integração. Foi referido, terem existido algumas resistências, pontuais e residuais, em alguns profissionais na área do tratamento, mas que não tiveram qualquer impacto no decurso do processo.

Pela informação recolhida foi possível verificar que os 9 entrevistados consideram que a integração do álcool no IDT favoreceu a resposta ao cidadão. Consideram que *“(...) permitiu uma resposta de maior proximidade para os problemas dos PLA, os CRI tornaram-se estruturas de maior proximidade; em crescendo foi melhorando a articulação com a UA, para internamento e houve o alargamento dos recursos para internamento prolongado, nomeadamente em comunidade terapêutica, até à data da integração, oferta disponibilizada pelo Estado só ao doente toxicodependente.”* Foi ainda referido que a articulação entre serviços e entre profissionais permitiu descentralizar as respostas, proporcionando uma resposta mais adequada aos cidadãos, que passou a ter à sua disposição *“(...) um dispositivo mais abrangente e tecnicamente bem preparado, não apenas na diversidade e disponibilidade territorial, mas também ao nível da especialização técnica dos serviços.”*. De salientar a opinião do Delegado Regional que, enfaticamente referiu a melhoria da resposta mas até ao ano de 2011. Observou que, de então para cá, com a decisão de extinção do IDT e a consequente integração das UIL na ARS se assiste a um desmantelamento da rede que poderá acarretar retrocessos.

Relativamente às implicações que a integração do álcool implicou nas quatro áreas de missão desenvolvidas pelos CRI, verificámos que no que concerne à área da Prevenção não houve alterações, uma vez que no âmbito da intervenção

desta área de missão, a substância era já trabalhada em todas as intervenções preventivas. No que diz respeito à área da Redução de Riscos e Minimização de Danos, também constatámos que não houve implicações, visto que esta área de missão, desde sempre, contemplou nas suas abordagens os PLA. Também na área da Reinserção não se verificaram implicações, tendo-se mantido o referencial de procedimentos. Relativamente à área do Tratamento, verificou-se um alargamento na possibilidade de encaminhamento para a Unidade de Alcoologia e uma necessidade de estreitar a articulação com outros serviços de saúde, nomeadamente os cuidados primários.

Após a análise das entrevistas relativamente à questão de se os entrevistados consideravam o processo de integração do álcool nas UIL concluído e se continuavam a persistir abordagens diferenciadas para os PLA e para as outras substâncias, verificámos que, para a maioria, é um processo por concluir e que continuam a persistir abordagens diferenciadas. Tendo em conta o processo, formalmente, até pode estar concluído, mas ao nível da sua implementação, há ainda arestas por afinar, daí terem referido que é ainda um processo em curso. Do ponto de vista da persistência das abordagens diferenciadas, parece consensual, que estas existam na área do Tratamento, nomeadamente ao nível das intervenções terapêuticas e farmacológicas, considerando que são *“pertinentes e que enriquecem o processo de intervenção”*. Acresce, ainda, que no Tratamento, deve *“(...) haver abordagens diferenciadas em vários sentidos, uma vez que os graus de gravidade diferentes no estado da doença dos cidadãos afetados com problemas ligados ao álcool e, por dependência e por todo o restante conjunto de perturbações causadas pelo álcool (...) requerem abordagens mais ou menos intensas”*, como considera o Diretor da UA.

Todos os entrevistados consideram que a mudança registada aquando da integração da intervenção dos PLA no IDT, foi positiva. Referiram que os mecanismos comportamentais nas dependências são muito semelhantes pelo que a integração num organismo que englobe todas as adições faz sentido. O *know-how* dos profissionais das várias estruturas não era suficientemente partilhado, o que passou a ser possível após a integração. Foi referido que a

mudança efetuada e os seus resultados reais representaram um extraordinário progresso organizacional e funcional, sem precedente nos decénios anteriores e que permitiu rejuvenescer, atualizar e relançar dois sistemas e modelos de intervenção que se encontravam em situação de grave impasse técnico e organizacional e totalmente esgotados. Referiram ainda outra característica relacionada com a melhoria na acessibilidade por parte dos cidadãos a um serviço de maior proximidade, possibilitado pela implementação da resposta aos PLA nos CRI.

Relativamente à clara implementação de uma rede de referenciação, todos os entrevistados consideraram que houve a construção de uma rede de referenciação, mas que não foi claramente implementada. Consideraram que o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012, apresentou, pela primeira vez, uma rede verdadeiramente construída, mas que ainda não foi devidamente implementada. Melhorou, em alguns níveis a articulação entre alguns serviços. No entanto, subsistem muitas dúvidas quanto aos circuitos e aos procedimentos. Existe ainda um grande desconhecimento por parte de alguns profissionais de saúde que fazem parte das unidades de saúde que compõem a rede. Falta definir, claramente as competências, os níveis de intervenção e os modelos a adotar.

No que diz respeito à avaliação global do processo de integração do álcool nas respostas já existentes, todos os entrevistados consideraram que é positiva e que trouxe ganhos para ambos os serviços envolvidos. Ao nível das mudanças mais significativas, referiram a melhoria na capacitação dos técnicos para darem resposta de proximidade aos cidadãos com PLA, a consequente diluição dos receios em intervir junto desta população e a melhoria na prestação dos cuidados. Relativamente aos impactos, destacaram o alargamento na acessibilidade a um acompanhamento de proximidade, a diluição crescente do estigma de alguns cidadãos com PLA em serem atendidos num serviço antes vocacionado para a prestação de cuidados ao toxicodependente e ainda a partilha de conhecimentos e experiências entre técnicos de diferentes formações, que contribuiu para que exercessem melhor e mais adequadamente a sua atividade, quando inicialmente

perspetivavam uma dissolução da especificidade pois estavam a ser direccionados para fora da sua zona de conforto. Esses receios foram sendo minorados e estão ultrapassados.

Do exposto, verificamos que a primeira hipótese - A integração das competências dos Centros Regionais de Alcoologia no Instituto da Droga e da Toxicodependência favoreceu a resposta em dependências - foi validada, uma vez que perpassa pela leitura da informação recolhida que houve ganhos do ponto de vista financeiro pela fusão de serviços de *back-office* num só. Houve uma rentabilização de recursos humanos. Alargou-se a acessibilidade do cidadão com PLA a um acompanhamento de proximidade

Relativamente à hipótese dois - O Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool permitiu a implementação clara de uma rede de referência - verificamos que a mesma não foi validada. O plano apresentou uma rede de referência, que começou a ser implementada, mas que apresenta, ainda, algumas fragilidades. Subsiste ainda um grande desconhecimento junto dos profissionais dos diferentes serviços que a integram, subsistem dúvidas relativamente aos procedimentos a ter quando se sente a necessidade de referenciar um cidadão para um outro serviço. Persistem muitas dúvidas quanto aos níveis de intervenção, verificando-se deficiências a nível da articulação e resistências de alguns profissionais.

Por último, a terceira hipótese - Apesar de as estruturas organizativas terem sido agregadas, ainda se continua a separar a área da toxicodependência e a área dos problemas ligados ao álcool - foi validada. Quando nos referimos à questão da persistência de abordagens diferenciadas, incidíamos na persistência do desenho, da conceção e da execução de intervenções separadas, desde logo fomentadas pela coexistência do Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências (PACDT) 2009-2012 e do Plano Nacional Para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA) 2010-2012, ambos sob responsabilidade direta do IDT, IP. O modelo das respostas integradas,

consubstanciado no PORI, prevê a integração das respostas confinadas a um dado território, mantendo a especificidade das áreas de missão.

Se ao nível do tratamento da doença, parece evidente e consensual a manutenção da diferenciação de programas farmacológicos, psicoterapêuticos e internamento diferenciados, assistimos, todavia, a um crescente questionar se não seria possível, pegando nas experiências do passado, efetivamente construir um modelo que desenhe intervenções tirando o enfoque da substância, da sua licitude ou ilicitude, e colocando-o na pessoa e na relação que a pessoa estabelece com o agente causador da dependência.

No início do presente trabalho, considerámos a seguinte questão de partida: Quais as implicações da integração do álcool no Instituto da Droga e da Toxicodependência, em particular na intervenção das equipas das Unidades de Intervenção Local? Após a recolha e consequente análise da informação, é notório que a integração do álcool no IDT foi um processo construído de forma gradual. Implicou algumas modificações, adaptações no âmbito da intervenção das UIL. Depois da decisão “administrativa”, foi progressivamente, desencadeado um trajeto, em que cada UIL se foi ajustando à nova solicitação. Iniciaram-se processos formativos dos profissionais e reafetaram-se recursos humanos para responderem ao novo desafio, sem descuidar as intervenções que já realizavam. Progressivamente a resposta foi-se consolidando e foram-se estreitando as articulações entre os diferentes serviços. Se num primeiro momento, houve quem pensasse que tal integração não fazia sentido, por se estar a agregar a intervenção de uma substância lícita – o álcool – com as outras - as ilícitas-, e que isso traria perda de especificidade, qualidade, o decurso dos últimos anos demonstra que esses receios eram infundados e estão ultrapassados.

Com a integração do álcool nas UIL do IDT, melhorou-se a acessibilidade na prestação de cuidados ao cidadão com PLA, aumentou a capacidade de resposta, melhorou a qualidade da intervenção por via da capacitação dos diferentes técnicos para trabalharem a área dos PLA, crescentemente foi sendo ultrapassado o estigma de alguns cidadãos com PLA de serem acompanhados num serviço historicamente conotado com a população toxicodependente e, por

último, as unidades não perderam a sua especificidade técnica, simplesmente alargaram o seu âmbito de atuação.





## CONCLUSÃO

Nesta dissertação de mestrado pretendemos analisar o impacto que teve a decisão da integração da intervenção no álcool na estrutura organizativa existente para as ilícitas. Até essa decisão, existiam estruturas diferenciadas, os CRA e o IDT. Fruto de uma reforma, o PRACE optou-se pela junção numa única entidade - o IDT, IP.

A área das dependências, é uma área que ao longo dos tempos, tem sido alvo de inúmeras reestruturações como ficou demonstrado na resenha histórica que apresentámos ao longo da dissertação. No pós 25 de abril de 1974, é clara a preocupação dos sucessivos elencos governativos, em dar uma resposta a uma problemática que foi tendo um crescendo na sua dimensão. A necessidade de agilizar respostas adequadas aos cidadãos, por forma a diminuir as consequências encontra-se plasmada na diversa legislação produzida.

A Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga de 1999 é o documento legal, que marca um ponto de viragem e, em que pela primeira vez, se elabora um documento congregador para a área das dependências, com princípios, orientações e objetivos precisos. Decorrente das orientações preconizadas nessa estratégia, o modelo português torna-se pioneiro, nomeadamente com a entrada em vigor da Lei n.º 30 de 29 de novembro de 2000, que descriminaliza o consumo de drogas em Portugal. Esta lei torna-se a âncora deste modelo aliada a um esforço de reorganização das estruturas de suporte, consubstanciada no SPTT, vocacionado para o tratamento e o IPDT, mais orientado para a intervenção comunitária até à decisão, no final do ano de 2002, de juntar estas estruturas numa única, o IDT.

No ano de 2006, a integração dos problemas ligados ao álcool no IDT e a implementação do PRACE em 2007, levam à criação do IDT, IP. Simultaneamente, o IDT, IP. implementa um modelo de intervenção, apoiado na consolidação das áreas de missão – prevenção, tratamento, redução de danos e minimização de riscos, reinserção e dissuasão – preconizando uma prática de diagnósticos territoriais rigorosos, priorizando a necessidade de intervenções consoante a dimensão da problemática. Com o passar dos anos, consolidou-se a

intervenção integrada, sujeita a um planeamento rigoroso, a uma monitorização e avaliação constantes, o que permitiu a afirmação da eficácia deste modelo. O documento do OEDT – *Drug Policy Profiles – Portugal* (2011) é claro quando afirma que

*These changes have a strong public health orientation and this might be the best way to characterise the Portuguese drug policy today. While some want to see the Portuguese model as a first step towards the legalisation of drug use and others consider it as the new flagship of harm reduction, the model might in fact be best described as being a public health policy founded on values such as humanism, pragmatism and participation. (p. 22 e 23)*

Consideramos que os objetivos traçados para esta dissertação foram alcançados. Da recolha de informação que conseguimos fazer, é notório que, em traços globais, o processo de integração dos problemas ligados ao álcool na estrutura que se dedicava à intervenção das ilícitas foi positivo. Alargou-se a resposta ao cidadão, através dos serviços de proximidade – os CRI. As UA mantiveram a sua autonomia técnica, apesar dos receios iniciais de que se ia perder a especificidade de intervenção nos PLA. Obtiveram-se ganhos na gestão administrativa de recursos técnicos e financeiros. Melhorou-se a formação e a troca de experiências entre técnicos e diluiu-se o estigma existente entre alguns cidadãos com PLA em serem atendidos nos serviços anteriormente vocacionados para o atendimento ao cidadão toxicodependente. Partimos deste ponto, por forma a questionar se será possível e desejável traçar um conjunto de intervenções que tenham em linha de conta a pessoa e não o agente causador da dependência.

Como referimos, a área da intervenção em dependências é mais ampla do que o tratamento da doença. Sem descurar a necessidade de, obviamente, ter programas terapêuticos diferenciados e adaptados aos cidadãos que deles necessitam, entendemos que tem que existir uma visão mais holística da problemática. Em diferentes momentos, o indivíduo pode estabelecer diferentes relações com diferentes agentes causadores da dependência. Nem todos os indivíduos se tornam dependentes/doentes. Limitar a prevenção das dependências, à deteção, ao rastreio, para evitar a doença é redutor. A prevenção, ou melhor o modelo preventivo preconizado para as dependências

implica o treino, sustentado, de competências pessoais e sociais, capacitando o indivíduo para que, no desenrolar da sua vivência, disponha de mecanismos que lhe permitam fazer escolhas e tomar decisões. Por outro lado, as intervenções no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, evidenciaram ser possível, e necessário, “chegar” a um vasto número de utilizadores de substâncias, que estavam fora do “sistema” e sem que o objetivo primordial seja o da abstinência. A Reinserção é uma área de complementaridade crucial, que permite desenvolver um trabalho de índole individual ou familiar, capacitando o indivíduo de forma a que se reinvente.

Reforça este entendimento, a recente decisão de alargar a intervenção em dependências aos comportamentos aditivos, cujo exemplo mais recente é a apresentação, para discussão pública, do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, apresentado pelo SICAD. Este plano vai de encontro à tendência verificada desde o ano de 2006, de acordo com o *Annual Report 2006 – selected issues european drug policies – extended beyond illicit drugs?*, do OEDT, de os estados membros da união europeia delinearem estratégias inclusivas para a intervenção de todas as substância. “*Eight countries (Belgium, the Czech Republic, Germany, Spain, France, Cyprus, Romania and Norway) out of 27 surveyed reported that their national drug strategies address all types of substances.*” (p.10)

De referir que neste novo plano estratégico se preconiza o alargamento das intervenções aos comportamentos aditivos e dependências, como o próprio nome indica. Considera que

Perante os novos desafios que foram identificados nos últimos anos, foi decidido ampliar a abordagem e as respostas ao âmbito de outros Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), que não incluem apenas as substâncias psicoativas.

O PNRCAD constitui-se, assim, como uma inovação importante no domínio das políticas de saúde, na medida em que estas problemáticas encerram riscos e custos aos quais é importante fazer face pelas repercussões e impacto que tem na vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade. Investir-se-á em dois grandes domínios: a redução da procura e a redução da oferta dando, de forma equilibrada, a devida relevância as duas abordagens. (p.5)

Do ponto de vista da legislação e do ponto de vista técnico-normativo, estão traçadas as linhas orientadoras, os objetivos e as metas. Perante este cenário, afigura-se um novo desafio para os interventores nesta área. Desafio individual, enquanto técnicos, e desafio institucional, visto que estamos perante mais uma reestruturação dos serviços públicos que dão resposta a esta área.

Se até 2011 havia uma entidade responsável e responsabilizável por esta problemática – o IDT, IP -, no presente temos a corresponsabilização partilhada por duas entidades, o SICAD, enquanto serviço técnico-normativo, sem serviços desconcentrados, à exceção das CDT, e as ARS, com serviços operativos – os ainda CRI, em reestruturação e os restantes serviços de saúde tutelados pela ARS, ACES, ULS, Hospitais Gerais.

Como se constata esta é uma área em constante mudança. Apesar das sucessivas alterações, tem conseguido, até ao momento, cumprir o seu desígnio – minorar os efeitos causados pela relação que os cidadãos, eventualmente, estabelecem com os diferentes agentes causadores de dependência, centrando a sua ação na pessoa.

## BIBLIOGRAFIA

AAVV (1999). Debates Presidência da República. *A Cooperação nas Políticas sobre as Drogas e a Toxicodependência*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.

Andrade, P. V. et al. (2007). Para além do espelho – a intervenção de proximidade nas toxicodependências. *Revista Toxicodependências*, vol. 13, nº 2. pp. 9 -23. Lisboa: IDT

Balsa, C. et al (2011). *O Consumo de bebidas alcoólicas em Portugal. - prevalências e padrões de consumo. 2001-2007*. Lisboa: IDT , IP.

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Becoña, E. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas Ministerio del Interior Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Secretaría General Técnica

Bogdan, R & Bilken, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora Lda.

Buhringer, G; Künzel, J. (1998). *Evaluating preventive intervention in Europe*. In EMCDDA – Evaluating drug prevention in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Cato Institute (2009). *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington, D.C.

Carapinha, L. (2009). *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Dias, L. N. (2007). *As Drogas em Portugal: o Fenómeno e os Factos Jurídico-Políticos de 1970 a 2004*. Coimbra: Pé de Página Editores.

EMCDDA. (2006). *Annual Report – selected issues, do European Monitoring Centre for Drugs and Addiction*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EMCDDA. (2011). *Drug Policy Profiles – Portugal*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Ferreira-Borges, C. & Filho, H.C. (2004). *Usos, abusos, e Dependências – Alcoolismo e Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gesaworld SA. (2013). *Sumário Executivo – Avaliação externa do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNLCDT)*. Lisboa: SICAD

Giddens, A. (2001). *Sociologia*. (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Goulão, J. (2007). Nota de Abertura in L. Dias, *As Drogas em Portugal: o Fenómeno e os Factos Jurídico-Políticos de 1970 a 2004*. Coimbra: Pé de Página Editores.

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2005). *Relatório Anual – A situação do país em Matéria de drogas e Toxicodependências 2005*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2006). *Relatório Anual – A situação do país em Matéria de drogas e Toxicodependências 2006*. Lisboa: IDT

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2007). *Documento de Apoio do Grupo de Apoio à Coordenação do PORI*. Lisboa: IDT.

IDT, IP – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2009). *Relatório Anual – A situação do país em Matéria de drogas e Toxicodependências 2009*. Lisboa: IDT, IP

IDT, IP – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2010). *Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências 2009-2012*. Lisboa: IDT

IDT, IP – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2011). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligado ao Álcool 2010-2012*. Lisboa: IDT, IP.

IPDT – Instituto Português da Droga e da Toxicodependência. (2000). *Relatório Anual – A situação do país em Matéria de drogas e Toxicodependências 1999*. Lisboa: IPDT

Laranjeira, R.; Romano, M. (2004). Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26 (Supl. I) 68-77.

Ló, A. (2007). Contextos de Trabalho e Processos de Integração de Toxicodependentes. *Colecção Estudos*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Ló, A. (2011). Integração Social e Estratégias de Mediação. *Revista Toxicodependências*, vol. 17, n.º 1, pp. 53 – 60.

Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la “prevención por objetivos”. *Drogodependencias*. 4., pp. 51-74 .

NIDA- National Institute on Drug Abuse (1997) - *Drug Abuse Prevention: What Works*. NIH Publications.

Patrício, L.D.B. (1997). *Face à Droga como (Re)Agir*. Lisboa: Antunes & Amílcar, Lda.

Patrício, L.D.B. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva: Publicações, Lda.

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. Lisboa: SICAD

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD

Silva, F. C. (2013). *O Futuro do Estado Social*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Souza, C. (2006, julho/dezembro). Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. Ano 8, nº16, 20-45

Toscano, S. (2012). Como Reformas a Administração Pública. In Rodrigues, M. L. & Adão e Silva, P. (2012). *Políticas Públicas em Portugal*. Lisboa: INCM e ISCTE.

## **LEGISLAÇÃO**

Portugal. Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963. *Diário do Governo n.º79 - I Série A*

Portugal. Decreto-Lei n.º420, de 3 de setembro de 1970. *Diário do Governo n.º 204 - I Série*

Portugal. Lei nº 745, de 31 de dezembro de 1975. *Diário do Governo n.º 300 - I Série*

Portugal. Decretos-Lei n.º 790, 791 e 792, de 5 de novembro de 1976. *Diário do Governo n.º259*

Portugal. Decreto-Lei n.º 365, de 8 de setembro de 1982. *Diário da República n.º 208 I Série*

Portugal. Decreto-Lei n.º 430, de 13 de dezembro de 1983. *Diário da República n.º 285 I Série*

Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 23, de 21 de abril de 1987. *Diário da República n.º 92 I Série*



Portugal. Decreto-Lei n.º 20 - A, de 12 de junho de 1987. *Diário da República n.º 61 I Série*

Portugal. Decreto Regulamentar n.º 41, de 21 de novembro de 1988. *Diário da República n.º 269 I Série*

Portugal. Portaria n.º 74, de 2 de fevereiro de 1989. *Diário da República n.º 28 I Série*

Portugal. Decreto-Lei n.º 83, de 14 de março de 1990. *Diário da República n.º 61 I Série*

Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 17, de 21 de abril de 1990. *Diário da República n.º 93 I Série*

Portugal. Decreto-Lei n.º 248, de 11 de novembro de 1992. *Diário da República n.º 259 I Série - A*

Portugal. Decreto-Lei n.º 13 de 15 de janeiro de 1993. *Diário da República n.º 12 I Série - A*

Portugal. Decreto-Lei n.º 269, de 19 de outubro de 1995. *Diário da República n.º 242 I Série – A*

Portugal. Lei n.º 45, de 3 de setembro de 1996. *Diário da República n.º 204 I Série – A*

Portugal. Lei n.º 7, de 8 de março de 1997. *Diário da República n.º 57 I Série – A*

Portugal. Lei Constitucional n.º 1, de 20 de setembro de 1997. *Diário da República n.º 218 I Série - A*

Portugal. Despacho n.º 3229/98, de 16 de fevereiro de 1998. *Diário da República n.º 39 I Série*

Portugal. Decreto-Lei nº 31, de 5 de fevereiro de 1999. *Diário da República* n.º 30 I Série - A

Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 40, de 8 de maio de 1999. *Diário da República* n.º 107 I Série - B

Portugal. Resolução de Conselho de Ministros n.º 46, de 26 de maio de 1999. *Diário da República* n.º 122 I Série - B

Portugal. Decreto-Lei n.º 16 de 25 de janeiro de 1999. *Diário da República* n.º 20 I Série A

Portugal. Decreto-Lei n.º 88, de 18 de maio de 2000. *Diário da República* n.º 115 I Série -A

Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 166, de 29 de novembro de 2000. *Diário da República* n.º 276 I Série - B

Portugal. Lei n.º 30, de 29 de novembro de 2000. *Diário da República* n.º 276 I Série - A

Portugal. Decreto-Lei n.º 318, de 14 de dezembro de 2000. *Diário da República* n.º 287 I Série A

Portugal. Resolução do Conselho de Ministros nº 30, de 13 de março de 2001. *Diário da República* n.º 61 I Série B

Portugal. Resolução do Conselho de Ministros nº 39, de 9 de abril de 2001. *Diário da República* n.º 84 I Série - B

Portugal. Decreto-Lei n.º 183, de 21 de junho de 2001. *Diário da República* n.º 142 I Série - A

Portugal. Decreto-Lei n.º 269 - A, de 29 de novembro de 2002. *Diário da República* n.º 276 I Série - A

Portugal. Decreto-Lei nº 1, de 6 de janeiro de 2003. *Diário da República* n.º 4 I Série - A

Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 124, de 4 de agosto de 2005. *Diário da República* n.º 149 1ª Série B

Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 115, de 18 de setembro de 2006. *Diário da República* n.º 180 1ª Série

Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 116, de 18 de setembro de 2006. *Diário da República* n.º 180 1ª Série

Portugal. Declaração de Retificação n.º 79, de 17 de novembro de 2006. *Diário da República* n.º 222 1ª Série

Portugal. Decreto-Lei n.º 212, de 27 de outubro de 2006. *Diário da República* n.º 208 1ª Série

Portugal. Decreto-Lei nº 221 de 29 de maio de 2007. *Diário da República* n.º 103 1ª Série

Portugal. Portaria nº 648 de 30 de maio de 2007. *Diário da República* n.º 104 1ª Série

Portugal. Despacho Conjunto nº 18683 de 14 de julho de 2008. *Diário da República* n.º 134 2ª Série

Portugal. Despacho Normativo n.º 51 de 1 de outubro de 2008. *Diário da República* n.º 190 2ª Série.

Portugal. Decreto-Lei n.º 124, de 29 de dezembro de 2011. *Diário da República* n.º 249 1ª Série

Portugal. Decreto-Lei n.º 17 de 26 de janeiro de 2012. *Diário da República* n.º 19 1ª Série

Portugal. Decreto - Lei n.º 22 de 30 de janeiro de 2012. *Diário da República* n.º 12  
1ª Série

Portugal. Portaria n.º 164 de 22 de maio de 2012. *Diário da República* n.º 99 1ª  
Série

Portugal. Despacho n.º 251 de 7 de janeiro de 2013. *Diário da República* n.º 4 2ª  
Série

Portugal. Portaria n.º 213 de 27 de junho de 2013. *Diário da República* n.º 122 1ª  
Série

Portugal. Decreto – Lei n.º 50 de 16 de abril de 2013. *Diário da República* n.º 74  
1ª Série

Portugal. Decreto – Lei n.º 54 de 17 de abril de 2013. *Diário da República* n.º 75  
1ª Série

## **APÊNDICES**



**APÊNDICE I**  
**CONSENTIMENTO INFORMADO**

## Consentimento Informado

O atual trabalho de investigação, intitulado “**Intervenção em Dependências – Um Novo Desafio**”, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Administração e Gestão Pública, da Universidade de Aveiro, e tem como principal objetivo estudar o impacto da integração das competências dos Centros Regionais de Alcoologia (CRA) no Instituto da Droga e da Toxicodependência, nomeadamente na resposta aos problemas ligados ao álcool (PLA) das Unidades de Intervenção Local (UIL) da Delegação Regional do Centro (DRC).

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação dos Diretores das UIL da DRC e do Delegado Regional do Centro do IDT, IP, por forma a recolher a sua interpretação sobre o tema em causa. Assim, a sua colaboração é fundamental.

As informações recolhidas serão efetuadas através de uma pequena entrevista que deverá ser gravada para permitir uma melhor compreensão dos factos.

A participação é **voluntária** e os dados fornecidos serão mantidos **confidenciais**, sendo utilizados apenas para esta investigação.

---

Dou o meu consentimento informado de livre vontade para participar neste trabalho, sabendo que poderei desistir, em qualquer momento desta entrevista, se assim o entender.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_



**APÊNDICE II**  
**GUIÃO DE ENTREVISTA AOS DIRETORES DE CRI**

## **Guião de Entrevista aos Diretores dos CRI**

---

1. Em outubro de 2006, o Instituto da Droga e da Toxicodependência passou a integrar a intervenção nos Problemas Ligados ao Álcool.
  - a. Quando é que a sua unidade teve a resposta efetivada?
  - b. Quais as mudanças que necessitou de implementar para dar cumprimento a esta deliberação?
  - c. Aponte vantagens e constrangimentos deste processo.
  - d. Como avalia a mudança?
2. Considera que o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 permitiu a implementação clara de uma rede de referenciação?
3. Considera que a integração do álcool nos CRI favoreceu a resposta ao cidadão?
4. Tendo em conta as actividades/acções referentes às 4 áreas de missão desenvolvidas na sua unidade, aponte as diferenças que a integração do álcool implicou.
  - a. Prevenção
  - b. Redução de Riscos e Minimização de Danos
  - c. Tratamento
  - d. Reinserção
5. Considera que a integração do álcool nas Unidades de Intervenção Local é um processo concluído ou continuam a persistir abordagens diferenciadas?
6. Fazendo uma avaliação global do processo de integração do álcool na intervenção já existente, considera que, globalmente, esta mudança foi positiva ou negativa? Quais as mudanças mais significativas? Quais os impactos mais significativos?

**APÊNDICE III**  
**GUIÃO DE ENTREVISTA AOS DIRETORES DA UD, CTAI E UA**

## **Guião de Entrevista aos Diretores da UD, CTAI e UA**

---

1. Em outubro de 2006, o Instituto da Droga e da Toxicodependência passou a integrar a intervenção nos Problemas Ligados ao Álcool.
  - a. Quais as mudanças que necessitou de implementar para dar cumprimento a esta deliberação?
  - b. Aponte vantagens e constrangimentos deste processo.
  - c. Como avalia a mudança?
2. Considera que o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 permitiu a implementação clara de uma rede de referenciação?
3. Considera que a integração do álcool no IDT favoreceu a resposta ao cidadão?
4. Considera que a integração do álcool nas Unidades de Intervenção Local é um processo concluído ou continuam a persistir abordagens diferenciadas?
5. Fazendo uma avaliação global do processo de integração do álcool na intervenção já existente, considera que, globalmente, esta mudança foi positiva ou negativa? Quais as mudanças mais significativas? Quais os impactos mais significativos?

**APÊNDICE IV**  
**GUIÃO DE ENTREVISTA AO DELEGADO REGIONAL**

## **Guião de Entrevista ao Delegado Regional**

---

1. Em outubro de 2006, o Instituto da Droga e da Toxicodependência passou a integrar a intervenção nos Problemas Ligados ao Álcool.
  - a. Aponte vantagens e constrangimentos deste processo.
  - b. Como avalia a mudança?
2. A integração do álcool nas Unidades de Intervenção Local da DRC provocou alguma resistência por parte dos seus responsáveis?
3. Considera que o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2010-2012 permitiu a implementação clara de uma rede de referênciação?
4. Considera que a integração do álcool no IDT favoreceu a resposta ao cidadão?
5. Considera que a integração do álcool nas Unidades de Intervenção Local é um processo concluído ou continuam a persistir abordagens diferenciadas?
6. Fazendo uma avaliação global do processo de integração do álcool na intervenção já existente, considera que, globalmente, esta mudança foi positiva ou negativa? Quais as mudanças mais significativas? Quais os impactos mais significativos?